FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1962

THÈSE n° 783

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Louis Michel SIBOULET

Ancien Interne des Hôpitaux de la Région de Paris,

né le 7 mai 1928, à Marseille (B. du R.)

Présentée et soutenue publiquement le :

A PROPOS DE HUIT NOUVEAUX CAS DE PANCREAS ACCESSOIRES

Président : Mr. Cl. OLIVIER, Professeur

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-Ve

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1962

THÈSE

n°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Louis Michel SIBOULET

Ancien Interne des Hôpitaux de la Région de Paris,

né le 7 mai 1928, à Marseille (B. du R.)

P. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Présentée et soutenue publiquement le :

A PROPOS DE HUIT NOUVEAUX CAS DE PANCREAS ACCESSOIRES

Président : Mr. Cl. OLIVIER, Professeur

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-Ve

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Fey (B.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN . . . . . Léon BINET.
Membre de l'Institut

1er ASSESSEUR . . . . . Jean VERNE
2e ASSESSEUR . . . . . Gaston CORDIER

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.) / SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIÈVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.) / BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.) / DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	DESGREZ (P.) / POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales — Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
Cliniques chirurgicales — Cochin	LEGER (L.)
Cliniques chirurgicales — Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
Cliniques chirurgicales — Pitié	CORDIER (G.)
Cliniques chirurgicales — Saint-Antoine	GOSSET (J.)
Cliniques chirurgicales — Salpêtrière	SICARD (A.)
Cliniques chirurgicales — Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Cinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales — Boucicaut	LENÈGRE (J.)
Cliniques médicales — Broussais	SOULIÉ (P.)
Cliniques médicales — Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Cliniques médicales — Cochin	BROUET (G.)
Cliniques médicales — Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
Cliniques médicales — Lariboisière	SÈZE (S. de)
Cliniques médicales — Pitié	DREYFUS (G.)
Cliniques médicales — Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales — Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgixale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	BOUR (H.)
Médecine	LHERMITTE (F.)
Médecine	PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAITRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. ABELANET (R.) BUSSER (F.) CHOMETTE (G.)
Anesthésiologie	GOUYGOU (Ch.), m. conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Bactériologie	KERN (E.) VOURC'H (G.)
Biochimie médicale	BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	BAULIEU Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRUH (J.) JEROME (H.)
Carcinologie	PLAS (F.)
Dermato-Syphiligraphie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.,
Electro-Radiologie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)
Hématologie	LEDOUX-LEBARD (G.)
Histologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)
Hydrologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hygiène	BESANÇON (F.) CORNET (A.)
Maladies infectieuses	BOYER (J.) pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (Mme L.) SAPIN-JALOUSTRE (H.)
Médecine légale	BASTIN (R.) DUPONT (V.)
Médecine du travail	DEROBERT (L.), pr. s. ch. FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)
Neuro-chirurgie	ALBAHARY (C.)
Obstétrique	PERTUISET (B.)
Ophtalmologie	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) THOYER-ROZAT (J.)
Orthopédie	BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)
Oto-rhino-Laryngologie	JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Parasitologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Pathologie chirurgicale	GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.)
Pathologie exotique	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) (Cl. de) GAUDART-d'ALLAINES GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LEVEQUE (B.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Pathologie expérimentale	SCHNEIDER (J.)
Pathologie médicale	BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LŒPER (J.) MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHET (G.)
Pédiatrie-Puériculture	AUSSANNAIRE (M.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROCHE (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.)
	JOSEPH (R.) LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)

	MM.
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.)
Physiologie	BARRES (G.) DEJOURS (P.) DURAND (J.) GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.)
Physique médicale	CHANTEUR (J.) COUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch. GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl) TUBIANA(M.) m.conf.
Pneumo phtisiologie	KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.) LAPRESLE (J.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Stomatologie	CERNEA (P.) CHAPUT (Mme A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.) MARCHE (J.)
Urologie	AUVERT (J.) MOULONGUET (A. QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J,)
Clinique chirurgicale	ABOULKER (P.) AMFLINE (A), pr. s. ch. VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.)
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	MADURO (R.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie . . . . . HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.

Pathologie chirurgicale . . . . . RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

BOLTANSKI (E.)
LAUNAY (O.)

Secrétaire général de la Faculté . . . . . M. LENA (J.)

Secrétaire principal . . . . . Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque .
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine . . . . . M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateur . . . . . Mlle DUMAITRE (P.)

Bibliothécaires . . . . . Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, *l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A mes aînés qui m'ont guidé et aidé par leur exemple :

Le Docteur ARNAVIELHE,

Le Docteur GUILLET

Le Docteur Jean GUILLEMINOT, in mémoriam

A mes Parents,

A ma Femme,

A mes Enfants,

A mes amis

A Monsieur le Professeur Cl. OLIVIER

- Professeur de clinique chirurgicale
  à la Faculté de Médecine de Paris,

- Chirurgien de l'Hôpital Tenon

Qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.

En témoignage de notre profonde gratitude.

A Monsieur le Professeur A. GERMAIN

- Professeur Agrégé,
- Chirurgien des Hôpitaux de Paris,
- Membre de l'Académie de Chirurgie

Qui nous a inspiré et guidé dans ce travail.

Qu'il trouve ici le témoignage de notre vive reconnaissance et de notre très profond attachement.

A MES MAITRES DES HOPITAUX

Externat des Hôpitaux de Paris

MM. Paul BANZET, in mémoriam

DEBEYRE

Pierre BOURGEOIS

Bernard FEY,

LEMOINE

WEISSMANN NETTER

ABOULKER

Monsieur le Docteur Sylvayn BLONDIN

Internat des Hôpitaux de la Région de Paris

MM. BARRAGUE,

LEBEL

ROUVILLOIS

LAZARD

GERMAIN

Monsieur le Docteur COURTOIS-SUFFIT,
Chirurgien assistant des Hopitaux de Paris

I N T R O D U C T I O N

A propos de huit nouveaux cas de Pancréas accessoires (P.A.) nous nous proposons d'étudier ces tumeurs dans leur localisation gastro-intestinale avant tout.

C'est-à-dire, la présence d'un ou plusieurs des éléments histologiques identifiables comme tissu pancréatique, en dehors des limites normales de la glande.

La fréquence de ces tumeurs semble de plus en plus grande, et la rareté qu'on leur reconnaissait n'est en fait que relative.

En effet, l'attention des médecins, chirurgiens et anatomo-pathologistes est actuellement attirée sur l'existence des pancréas accessoires dont les observations se sont multipliées.

Ils ne doivent plus être considérés comme des curiosités anatomiques sans intérêt clinique et radiologique.

Certes, la difficulté du diagnostic clinique reste des plus grandes étant donné le polymorphisme que revêtent les formes s'accompagnant de symptomes patents.

Mais, assez récemment, divers auteurs se sont attachés à décrire un ensemble de signes radiologiques qui, dans certains cas, ont pu amener à poser un diagnostic pré-opératoire.

Cette éventualité reste encore rare. Néanmoins, la connaissance de cette affection, celle de ses localisations électives, et la constatation de signes radiologiques en faveur d'une tumeur bénigne gastro-duodénale par exemple doit permettre au moins, d'évoquer ce diagnostic, et de savoir alors rechercher, au cours de l'intervention, le pancréas accessoire, au même titre que les autres tumeurs gastro-intestinales.

Nous profiterons de cette étude pour tenter de faire le point, à la lumière des publications les plus récentes, sur bien des éléments encore obscurs ou controversés de ces hétérotopies, et en particulier sur :

la Pathogénie,

et la physio-pathologie.

Quelle est l'origine exacte de ces malformations ?

- Origine embryonnaire comme tendrait à la montrer l'embryogènèse de la glande pancréatique normale ?

Mais comment expliquer alors des localisations abérrantes telles que la rate, la vésicule biliaire ou le rectum, voire l'oesophage.

- ou malformation acquise, en admettant avec Martin et Guichard que ces tumeurs représentent le terme le plus évolué des édifications métaplasiques de la muqueuse intestinale ou gastrique en particulier.

Mais alors comment expliquer la découverte non exceptionnelle de telles tumeurs chez le nourrisson ? Nous apportons d'ailleurs une nouvelle observation d'un gros pancréas accessoire chez un nourrisson de 2 mois.

De même, il n'est pas exceptionnel de constater l'existence d'autres malformations congénitales associées.

Nous confronterons également, notre courte série de pancréas accessoires avec celles d'autres auteurs pour tenter d'en mieux comprendre :

- la signification clinique,
- les critères radiologiques,

et afin de comparer les éléments du diagnostic et de la thérapeutique.

Enfin, en dehors de ces problèmes, reste celui soulevé par la divergence très nette qui existe entre la fréquence réelle des pancréas accessoires, que nous verrons être à peu près égale à 1 %, et la fréquence des cas cliniques qui est bien moindre.

Pourquoi donc certains pancréas accessoires restent muets toute la vie et n'entrainent aucun trouble ?

Pourquoi d'autres vont se manifester par des symptomes parfois très variés d'ailleurs ?

Prenant une position extréme, certains auteurs nient toute individualité aux pancréas accessoires qui ne sont, disent-ils, que des découvertes opératoires, les symptomes qui ont pu être décrits devant être rattachés à une autre étiologie.

Cette position est trop exclusive car nous avons relevé de nombreuses observations, et nous en apportons même quelques nouvelles, où il apparaît de façon évidente, que le pancréas accessoire est bien à l'origine des symptomes ayant nécessité la sanction thérapeutique chirurgicale.

Nous entendons par là, le plus souvent d'ailleurs des complications du pancréas accessoire, à savoir :

- des grandes hémorragies digestives pour lesquelles l'exploration

soigneuse radiologique et per-opératoire n'a pu retrouver aucune autre étiologie et qui, fait important, ont entièrement cédé à l'ablation de la petite tumeur découverte.

- Nous voulons parler également des symptomes d'origine mécanique :
  - soit sténose du pylore lorsque la tumeur siège dans la région antro-pylorique de l'estomac,
  - soit occlusion du grêle, par mécanisme varié, parfois invagination de l'intestin grêle, le pancréas accessoire constituant la tête du boudin d'invagination".

- Enfin, le pancréas accessoire peut présenter les mêmes affections que la glande normale :

si le syndrome de pancréatite aigue avec sytostéatonécrose n'a pas été observé au niveau du seul pancréas accessoire.

Une observation récente de Grosdidier et Coxarn dans la Presse Médicale rapporte un cas d'abcès de la paroi gastrique extériorisé à l'épigastre à point de départ d'un pancréas accessoire ayant subi une poussée de pancréatite subaigue.

Pour terminer enfin signalons que l'on retrouve dans la littérature plusieurs observations de syndromes d'hyperinsulinisme avec hypoglycémie, en rapport avec les lésions des ilots de Langérhans d'un pancréas accessoire.

Mais la prudence et notre manque de connaissances de ces questions ne nous permet pas de tirer des conclusions sur de telles observations.

H I S T O R I Q U E

Parmi les hétérotopies digestives, les pancréas accessoires sont de beaucoup les plus fréquents.

La littérature est très riche de publications, car leur existence est connue depuis longtemps.

La première publication remonte à 1727 par Jean SCHULTZ qui en a fait une description macroscopique.

Puis en 1859, KLOB a donné la première description histologique.

Les pancréas accessoires sont alors étudiés en 1900 par LETULLE, et par OPIE, HAYEM et BENSAUDE dans la thèse de Duparc.

Depuis cette date, il ne se passe guère d'année sans que de nouveaux cas soient publiés.

Dans une première période, les auteurs se sont attachés à étudier les aspects histologiques de ces formations afin d'en permettre une identification exacte.

Dans une deuxième période, les études ont surtout porté sur l'identification clinique de ces tumeurs.

Enfin actuellement, les efforts se dirigent vers un diagnostic préopératoire, et ceci, grâce aux progrès des examens radiologiques et notamment

les études de KJELMANN en 1950 et 1951.

Parmi donc, l'importante littérature consacrée à ce sujet, nous retiendrons surtout par ordre chronologique :

- en 1907, le rapport de GARDINER sur onze cas,
- en 1927, un important rapport d'ensemble par A. GOSSET, Georges LEVY et Yvan BERTRAND,
- en 1928, l'observation par CAVE de l'aggravation des symptomes après ingestion de viande,
- puis en 1930, l'étude de COGNIAUX, celle de RAZEMON et VAN DEN DORP en 1931, celle de BOLOGNESI en 1933, de MARTIN et GUICHARD en 1939,
- en 1946, CHENE et SPRIET envisagent le role des formations pancréatiques abérrantes dans certains syndromes de sténose pylorique chez l'adulte,
- à la suite, nous trouvons encore MALLET-GUY, et MARION en 1941, DE CASTRO BARBOSA en 1946, BAUMEL et GUIBERT en 1949,
- et plus récemment, la thèse de NEZELOFF en 1951, et son étude avec Guy ALBOT des pancréas accessoires en 1954 et 1957,
- L'étude de EVANS et WEINTRAUB en 1953, celle de CATTAN et FRUMUSAN en 1955, de BLOOMQUIST, de MARTINEZ et collaborateurs en 1958, et les publications récentes de GODART J et de CHAMPEAU en 1959.

Cette affection semble avoir intéressé autant les chirurgiens, que les gastro entérologues, les anatomo pathologistes que les pédiatres, les radiologistes que les endocrinologues.

Sa fréquence en est souvent méconnue, et si elle semble être en augmentation, c'est surtout en raison d'une meilleure connaissance de cette

anomalie, qui là fait rechercher et trouver plus facilement.

En 1946, DE CASTRO BARBOSA et collab. en dénombrent 470 observations eux mêmes en apportant 41 nouveaux cas, en 1952 WAGNER trouve 548 cas, LIOTTA et FERRARIS près de 600 cas en 1958, WIDGOFF porte ce chiffre à 900 la même année.

L'apparente discordance provient de ce que certains auteurs ne s'occupent que des pancréas accessoires à localisation gastrique qui est le siège électif de ces hétérotopies, tandis que d'autres étudient des pancréas accessoires dans leur totalité, ou tout au moins dans leur localisation sur toute la longueur du tube digestif.

A l'heure actuelle on peut difficilement chiffrer le nombre de P.A. découverts cliniquement ou opératoirement, mais ce chiffre devrait être de l'ordre de 1000 cas.

La fréquence réélle est elle aussi difficile à apprécier, car il faut rechercher le P.A. avec soin au cours des autopsies. Pour LETULLE et coll. elle serait de l'ordre de 0,9 %.

Dans leur publication FELDMANN et WEINBERG relèvent des fréquences allant de 0,04 % à 2 % selon les auteurs. Pour eux mêmes, elle serait de 1,2 %.

DUFF et coll. en 1943 en ont trouvé 21 cas sur 1970 autopsies soit un peu plus de 1 %.

On peut donc en moyenne considérer que l'on découvre un P.A. sur 100 environ. Mais il faut noter tout de suite que la fréquence chirurgicale est loin d'être aussi importante.

D'après BARBOZA on rencontre un P.A. environ 1 fois sur 500 interventions portant sur l'étage sus mésocolique de l'abdomen, et pour MARSHALL et CURTISS 3 fois sur 500 tumeurs gastriques.

Cette discordance entre la fréquence réelle et la fréquence chirurgicale, que nous avons déjà constatée, provenant de ce que la majeure partie des P.A. sont muets et bien tolérés toute la vie.

LOCALISATION DES P.A.

La localisation des pancréas accessoires est presque exclusivement digestive.

Certes les constatations nécropsiques ou l'étude anatomo pathologique des pièces d'exérèse chirurgicale ont permis de décrire des pancréas accessoires au niveau de nombreux organes :

- l'ombilic,
- la capsule splénique (POLYKOUSKII - 1959)
- la vésicule biliaire (MUTCHMANN - 1956, ELFVING 1959)
- le mésentère,
- ou le ligament gastro-colique.

Mais c'est au niveau du tube digestif que l'on retrouve les plus fréquentes localisations :

- non pas tant sur : l'oesophage,
  l'appendice
  le colon transverse (BURNE - 1958)
  ou le rectum
- mais surtout dans la région gastro duodénale qui en est le siège électif.

Ils intéressent donc avec une fréquence décroissante :

- l'estomac et en particulier le pylore, la région prépylorique

• puis le duodénum, le jujunum et enfin l'iléon, surtout le diverticule de Meckel (TAVERNIER, 1939, HALLENDORF 1947, GERLEI 1958).

I - La localisation gastrique représente :

- pour PRESENT, le 1/4 des Pancréas accessoires,
- pour SIMPSON, 33 %
- pour BENNER 27 % contre 28 % au niveau du duodénum.

C'est dans cette localisation gastrique que le Pancréas Accessoire a été le plus souvent étudié et récemment MARTINEZ et collaborateurs rapportent dans les annales of Surgery, 34 nouveaux cas, étudiant du même coup les 51 cas chirurgicaux relevés à la Mayo Clinic de 1907 à 1954.

Le siège le plus fréquent est incontestablement la région pylorique, et la région prépylorique de 4 à 5 cm. du pylore :

• sur la paroi antérieure le plus souvent,
• mais aussi sur la paroi postérieure
• ou enfin sur la grande courbure,

Mais on a signalé également d'autres situations :

• l'antre,
• la grande courbure gastrique,
• la région fundique
• et même le cardia (obs. d'ANTOGNETTI et celle de VIDGOFF en 1957

II - Les localisations duodénales ont surtout été bien étudiées par FELDMAN.

Le siège électif serait entre les deux caroncules schematiquement on pourrait répartir ainsi les localisations duodénales :

40 % entre les deux caroncules,

20 % autour de l'abouchement de l'ampoule de Vater ou du cholédoque,

10 % dans la moitié supérieure du deuxième duodénum,

7 % au niveau du premier duodénum et du bulbe surtout,

6 % au niveau du genu inferius autant pour le 3° duodénum

Enfin 3 % pour la quatrième portion du duodénum.

Pour nous résumer nous pourrions schématiser dans le tableau ci-dessous la répartition de la fréquence de découverte des Pancréas accessoires dans ses localisations les plus usuelles :

AUTEURS	gaster	duodenum	jéjunum	iléon
RITTER 1921	35	9	40	16
DERBYSHIRE 1940	24	41	25	6
KRIEG 1941	31	31	21	9
BENNER 1951	27	28	15	5
PEARSON 1951	25	30	15	3
FELDMANN 1952	27	26	20	

Au total on constate que le maximum de fréquence se situerait près des origines embryonnaires de la glande principale.

Ce qui serait pour beaucoup d'auteurs un argument supplémentaire en faveur de l'origine embryonnaire de telles malformations.

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

La Pathogénie des Pancréas accessoires n'est pas évidente et l'unanimité des auteurs ne s'est pas faite sur la nature exacte de ces formations.

Cependant, l'hypothèse la plus souvent avancée est celle admettant une origine embryonnaire.

Quatre ordres d'arguments plaident en cette faveur :

1°) l'embryogènèse même de la glande pancréatique, que nous reverrons.

2°) La localisation élective des Pancréas Accessoires près de ces origines embryonnaires,

3°) l'observation de telles tumeurs chez les nouveaux nés, découvertes lors d'une complication, et nous avons une observation d'un nouveau né de deux mois opéré d'une sténose incomplète du pylore par Pancréas Accessoire;

4°) Enfin, l'association possible avec d'autres malformations congénitales, et en particulier avec un Pancréas annulaire : ainsi que le rapportentCHAPMAN et ELMAN et WHEAT dans l'ann. J. Surg. et dans Gastroentérology

Le Pancréas normal se constitue à partir de trois ébauches endodermiques :

- d'abord deux bourgeons ventraux détachés de la paroi antérieure ou

ventrale du duodenum, places de part et d'autres de l'ébauche hépatique, et qui vont se réunir pour former la partie supérieure de la tête.

- puis un bourgeon dorsal détaché de la partie postérieure ou dorsale du duodénum, et qui va former le corps, la queue, et la partie inférieure de la tête.

Ces bourgeons primitivement séparés de toute la largeur du tube intestinal se rapprochent et se soudent à la suite du mouvement de rotation de l'anse duodénale et du développement inégal des différentes parties de l'anse.

Le pancréas normal, primitivement sagittal, se développe d'avant en arrière, et de bas en haut dans le mésoduodénum puis dans le mésogastre postérieur.

Il suit la rotation de l'estomac et du duodénum qui l'amène dans un plan frontal, et il se fixe à la paroi postérieure par les accolements péritonéaux, lors de la constitution du péritoine pariétal postérieur définitif.

A partir de ce développement normal, diverses hypothèses peuvent être avancées.

- Le Pancréas accessoire pourrait provenir du défaut de fusion, de coalescence des divers bourgeons primitifs, le bourgeon abérrant suivant alors la destinée du feuillet mésentérique dans lequel il se trouve,

- Pour d'autres auteurs, OIPIE, en particulier, il s'agissait d'un rameau collatéral du canal pancréatique qui s'égare dans la paroi duodénale ou gastrique et s'y développe, étant ainsi à l'origine d'un Pancréas hétérotopique.

- Pour d'autres enfin, il s'agirait de bourgeons tardifs issus du cholédoque.

Mais ces explications ne tiennent pas compte des localisations à distances du Pancréas normal :

- Et c'est pourquoi ZENKER, le siècle dernier pensait que les Pancréas Accessoires étaient des reliquats de bourgeons surnuméraires, indépendants des ébauches primitives, qui se développeraient mal, et qui seraient entrainés, parfois fort loin de leur origine par la croissance de l'intestin primitif.

- BOLOGNESI dans son étude des Pancréas accessoires, in archives des Maladies de l'appareil digestif, pense qu'il s'agirait d'un retour à un type ancestral (cyclostome) chez lequel le pancréas n'a pas de localisation propre, mais une extension diffuse, dans toute la paroi du tube digestif.

- De cette hypothèse, on peut rapprocher celles qui mettent en jeu le développement, à un certain âge, et de façon exceptionnelle, sous l'influence de facteurs non encore élucidés, de petits acini glandulaires de type pancréatique qui existeraient de façon presque normale dans la sous muqueuse duodénale.

- D'autres encore ont pensé qu'il s'agissait de transport tissulaire ou cellulaire lors des adhérences péritonéales et des rotations des anses intestinales primitives, au cours de l'embryologie du péritoine et du tube digestif.

Les opposants à la théorie embryonnaire des Pancréas accessoires, se basant surtout sur les localisations abérrantes de certaines formes des pancréas accessoires proposent une théorie métaplasique, par métamorphose, soit foetale, soit post natale précoce de la muqueuse intestinale, sous l'influence d'un stimulus anormal :

- inflammation chronique,
- irritation mécanique,
- ou cause autre

Ainsi pour MARTIN et GUICHARD, ces tumeurs représenteraient le terme "le plus évolué des édifications métaplasiques régressives de la muqueuse intestinale".

CLARK, KING et MAC-CALLUM discutent également, la possibilité d'une telle éventualité,

Et cette théorie rejoint en fait certaines de celles émises plus haut, qui trouvent l'origine des Pancréas accessoires dans toute la longueur du tube digestif ou même sur des organes intra-abdominaux, par le développement de cellules ou groupes de cellules de type pancréatique : :

- s'agit-il de métaplasie vraie ?
- s'agit-il du développement de cellules à potentiel glandulaire pancréatique déjà en place ?

BURKL en 1950 distinguait pour sa part de façon formelle :

- les cellules pancréatiques, qu'il a trouvés à plusieurs reprises au cours des gastrites par exemple et qu'il admet représenter un processus de régénération,
- et les pancréas abérrants, véritables petits organes d'origine embryonnaire.

Les arguments manquent pour conclure et nous pouvons seulement avec FELDMAN constater la fréquence de loin la plus importante dans la région duodénale et antropylorique, c'est-à-dire très proche des origines embryologiques normales de la glande pancréatique.

ANATOMO - PATHOLOGIE

L'examen macroscopique de ces lésions peut faire évoquer fortement leur nature. Mais c'est en fait l'étude histologique seule qui fournira la preuve du Pancréas accessoire.

Du point de vue morphologique :

Le volume est variable mais dans l'immense majorité des cas, petit,

- Exceptionnellement la palpation abdominale a pu percevoir une masse ainsi que le rapporte COHEN étudiant un Pancréas accessoire pylorique,

- Parmi les cas extrêmes citons également celui observé par HOLZ WEISSING qui mesurait 6 cm. sur 3,5 et 1 cm d'épaisseur.

- En fait, la taille peut varier de celle d'une lentille à celle d'une noisette, mais le plus souvent comparable à un pois.

- Parfois d'ailleurs une réaction fibreuse, ou une hypertrophie musculaire environnante viennent majorer l'aspect macroscopique comme l'ont montré CHENE et SPRIET.

Le consistance en est dure et régulière.

Mais cette induration est moindre que celle que revêt une lésion maligne.Il est à noter enfin que la taille varierait avec l'âge et l'on suppose qu'elle croit au cours de la vie.

Ceci expliquerait que la majorité des cas cliniques soient retrouvés à l'âge adulte, car l'on peut penser que les facteurs mécaniques peuvent être à l'origine de certains troubles et ce, par le volume même de la tumeur.

L'aspect en est volontiers verruqueux, de coloration jaunâtre pour KUSS, rosée pour BOURGUET et BERGE finement lobulé surtout en cas de localisation sous séreuse.

Il se présenterait au contraire comme un nodule ferme, en cas de localisation dans les couches musculaires, jaunâtre à la coupe.

Mais surtout un aspect assez caractéristique est représenté par les localisations sous muqueuses, les plus fréquentes.

Il s'y présente comme une petite tuméfaction ferme, enchassée dans la paroi, soulevant la muqueuse, sessile ou sous forme d'un petit mamelon avec, élément capital, un fin canal s'ouvrant : entre deux plis, au fond d'un cratère, ou au sommet d'un monticule, et réalisant l'aspect d'une pseudo ombilication.

Cet aspect est très particulier. Il a été bien décrit par BERNER, NEZELOFF, MARTINEZ pour qui il est un élément capital de diagnostic.

Dans la plupart des cas que nous rapportons, nous avons retrouvé cette disposition anatomique.

Le nombre :Ces tumeurs sont en général uniques, c'est le cas le plus fréquent.

On a pu parfois en trouver deux, voire même plusieurs :

- soit au niveau du même organe,
- soit à des niveaux très différents.

GOSSET dans le bulletin de la Société de Chirurgie en 1923 rapporte une double localisation sur le pylore et sur le duodénum.

KRIEG en 1941 une autre double localisation pylorique et cardiale.

FELDMAN et WEINBERG étudiant le Pancréas abérrant en tant que cause de syndromes duodénaux, sur 75 cas colligés, ont relevé 10 fois deux nodules, et même une fois trois nodules.

HISTOLOGIE :

Nous avons signalé déjà que seul l'examen anatomo-pathologique au microscope pouvait fournir la certitude du diagnostic.

Nous allons donc rappeler les principaux caractères histologiques de ces formations.

Tout d'abord, le siège par rapport aux tuniques digestives est assez variable.

- La localisation sous muqueuse représente la majorité des cas, avec son aspect macroscopique si particulier de pseudo ombilication.

- On trouve ensuite la localisation musculaire,

- puis enfin sous séreuse,

- certains auteurs ont même décrit une localisation qu'ils qualifient de totale (SCHNITZER étudiant des cas de CATTAN et FRUMUSAN).

Cette répartition serait pour :

- NEZELOFF de : - sous muqueuse 60 %
  - musculaire 25 %
  - sous séreuse 4 %

- JOYEUX et GUIBERT, la localisation sous muqueuse réunit la presque totalité des Pancréas accessoires.

DELHOUGNE a trouvé une localisation :

- 10 fois sous muqueuse,
- 5 fois musculaire,
- 5 fois sous séreuse,
- 14 fois totale.

BARBOSA dans son rapport de 41 cas authentifiés chirurgicalement note :

- 53,8 % dans la sous muqueuse,
- 23 % dans la musculeuse.

Enfin MARTINEZ et collab. étudiant 42 cas de Pancréas accessoires retrouvés à la Mayo Clinic de 1907 à 1954 notent :

- 25 fois sous muqueuse,
- 11 fois musculaire,
- 3 fois sous séreuse,
- 3 fois toute l'épaisseur de la paroi.

Quant à l'aspect histologique proprement dit, il peut montrer tous les éléments d'une glande pancréatique normale : c'est-à-dire :

- des acinis avec des glandes secrétrices normales, ou atrophiées, ainsi que leurs tubes excréteurs,

- des ilots de Langérhans: soit en plein acini, soit en bordure de ceux ci
- des canaux excréteurs normaux, ou souvent un peu dilatés.

Mais ces nodules sont souvent mal définis, s'éparpillant dans les fibres musculaires qui les dissocient plus ou moins.

En fait tous ces éléments ne sont pas toujours retrouvés ensemble.

Les éléments endocrines sont parmi ceux qui manquent le plus souvent.

Par contre les canaux excréteurs sont toujours présente prenant parfois un aspect dilaté, kystique.

Depuis BOLOGNESI on classe les Pancréas accessoires, du point de vue histologique, en 4 types. Classification qui a été confirmée par l'étude faite dans le Journal de Chirurgie en 1947 par JOYEUX, GUIBERT et GUERRIER.

On distingue donc :

1°) le type normal c'est-à-dire comprenant tous les éléments :

- ilots de Langérhans,
- acini,
- canaux excréteurs,

2°) le type exocrine pur, le plus fréquent avec :

- acini,
- canaux excréteurs

3°) le type endocrine pur avec :

- ilots de Langérhans,
- canaux excréteurs

4°) enfin un dernier type où l'on ne trouve que des canaux dilatés, kystiques.

La muqueuse qui recouvre ces formations est souvent normale, mais des nodules lymphoïdes, une infiltration du chorion, des capillaires dilatés peuvent être constatés.

On peut rencontrer enfin une ulcération de la muqueuse en regard de la tumeur.

Autour des lobules pancréatiques, on peut constater des lésions diverses : - de leiomyomatose (Obs. de MOULONGUET)

- des micro-abcès (PLANCHU et FRAYSSE)
- une sclérose d'accompagnement associant plus ou moins les éléments.
- surtout une hypertrophie de la musculeuse.

Enfin les Pancréas accessoires peuvent être associés à d'autres hétérotopies (en cas de localisation gastrique)

- hétérotopie liberkuniennes,
- ou brunnériennes (Obs. de G. ALBOT)

Ces tumeurs pouvant pêtre touchée par les mêmes affections que la glande normale, on a donc retrouvé au niveau des Pancréas accessoires :

- des oedèmes pancréatiques aigus,
- des lésions de pancréatite chronique interstitielle,
- des fibroses
- des lésions bénignes et mêmes malignes.

Et certains auteurs ont décrit des cancers de l'estomac ou du duodénum dont l'origine serait un Pancréas accessoire dégénéré.

Le polymorphisme histologique extrême de ces lésions malignes ne permet pas d'affirmer de façon formelle le point de départ exact de telles lésions.

Reste enfin le problème longtemps controversé de l'abouchement des canaux excréteurs dans la lumière digestive.

Les premiers auteurs ont longtemps cru qu'il n'existait aucune communication entre le Pancréas accessoire et la lumière intestinale. Et jusqu'en 1949, cette opinion prévalait encore telle l'observation de GUNY dans les Mémoires de l'Académie de Chirurgie.

Mais on expliquait mal alors, l'aspect presque normal des acini glandulaires.

Car l'observation clinique et la physiologie nous apprennent qu'une glande exocrine dont le canal excréteur est lié, est vouée à l'atrophie tandis que se constitue une dilatation plus ou moins importante de ce canal excréteur pouvant aller jusqu'au faux kyste.

Aussi BAUMEL et GUIBERT étudiant en 1948 cinq nouveaux cas de pancréas accessoires, du point de vue histologique, avaient constaté un affleurement du canal excréteur qui n'était séparé de la lumière intestinale que par un chorion. Ils pensaient donc qu'une secrétion exocrine pouvait se drainer par osmose dans le tube digestif.

De même en 1949, KUSS pensait que l'abouchement devait exister mais n'était pas vu, car les coupes histologiques ne portaient pas sur l'abouchement même. (C'était encore l'opinion de CHAMPEAU en 1959).

En fait, si la coupe histologique est bien orientée, si les coupes sont multipliées, on retrouve cet abouchement qui a été constaté par G. ALBOT et NEZELOFF à plusieurs reprises.

Ces mêmes auteurs rapportent des observations de DUPARC, SCHIRMER, COHEN et GRIEP qui ont constaté un tel abouchement.

Dans la plupart de nos observations, l'étude histologique faite par le Docteur LANCRET met en évidence une telle communication, qui existe donc bien.

PHYSIO - PATHOLOGIE

Restent à envisager quelques considérations physiopathologiques.

Tout d'abord une question vient à l'esprit :

Pourquoi le Pancréas accessoire, somme toute assez fréquent (1 % environ des sujets comme nous l'avons vu) se manifeste-t-il cliniquement rarement ? Et pourquoi alors se manifeste-t-il ?

Puisque la structure du Pancréas accessoire est identique à celle du Pancréas normal, on peut penser qu'il possède une secrétion exocrine et endocrine, Et il faut admettre que la plupart d'entre eux persistent et sont tolérés toute la vie sans entrainer aucun symptôme.

Il est à l'opposé certain , que d'autres présentent des symptômes cliniques, qui disparaissent après ablation de l'hétérotopie.

Quel est donc le mécanisme qui entre en jeu ?

RITTER pour sa part envisageait 3 hypothèses :

1°- L'augmentation de volume lente, mais régulière, au cours de la vie, entrainerait des troubles par compression, des douleurs,

2° - Le Pancréas accessoire lorsqu'il a atteint un certain volume représente un corps étranger et la portion du tube digestif qui le contient, se contracte pour tenter de l'éliminer.

Cette lutte et les désordres qu'elle peut amener sur la motilité normale de l'organe envisagé pourrait être à l'origine de symptomes cliniques.

3° - Enfin il pourrait s'agir de troubles secondaires à une tuméfaction physiologique lors d'une phase secrétoire.

Et PONS, DAVIDOVITCH et ESPAGNO pensent qu'il s'agirait d'une dysharmonie secrétrice et excrétrice entre la glande normale et l'accessoire donnant des réactions muqueuses et musculaires.

Mais ces mêmes auteurs envisagent également la possibilité de troubles d'origine purement mécanique.

Il en est de même pour la plupart des autres auteurs qui retiennent deux ordres de facteurs :

- l'un mécanique,

- l'autre chimique : action irritative de la secrétion en dysharmonie avec la secrétion pancréatique normale, ou parce qu'elle se fait en un lieu qui ne lui est pas propre, ou même action irritative de la secrétion, qui peut être déviée de la normale (SCHNITZER).

Assurément, les troubles ne surviennent que si la prolifération atteint un certain volume, un accroissement maximum.

Du point de vue Pathologie Expérimentale, il faut surtout signaler les travaux de BOLOGNESI en 1933 qui a essayé de reproduire des Pancréas accessoires duodénaux chez le chien pour tenter de reproduire un tableau clinique.

Dans un premier temps, il réalisait un auto-transplant pédiculé, dans la tunique musculaire, ou sous muqueuse du duodénum.

Puis dans un deuxième temps, 15 à 20 jours après, il sectionnait le pédicule.

Immédiatement après l'intervention, le chien a présenté des vomissements qui ont cédé en général après une semaine.

Ensuite un amaigrissement apparaissait qui se stabilisait ou même disparaissait dans un délai de un mois environ.

Enfin dans un troisième temps, à peu près 45 jours après la greffe, l'auteur vérifiait celle-ci :

L'aspect macroscopique réalisé était à peu près identique à celui d'un Pancréas accessoire avec sa tuméfaction sessile soulevant la muqueuse, et déprimée en son centre par un petit diverticule s'ouvrant dans la lumière intestinale.

Du point de vue histologique il s'agissait d'un tissu pancréatique vivant mais atrophique :

- les cellules étaient plus petites,
- leur forme un peu altérée,
- le zymogène distribué plus irrégulièrement.

Enfin, un dernier problème n'a pas encore reçu de solution définitive. Il s'agit du rapport entre cette hétérotopie et l'ulcère gastro-duodénal.

Pour BAUMEL cette association est rare et lui même n'en rapporte qu'un cas. Encore estime-t-il qu'il ne s'agit que d'une pure coïncidence.

Pour d'autres auteurs cette association ne se rencontre pas car elle n'existe pas.

Cependant l'étude de la littérature nous montre qu'en fait cette coïncidence n'est pas aussi rare que les auteurs ci-dessus le voulaient.

COHEN en 1922 rapporte un cas de Pancréas accessoire pylorique avec ulcère.

GARIN et COUDERT en 1942 en rapportent deux autres cas assez démonstratifs dans le Lyon Médical.

DEVEREAUX et RIDER en 1959 notent également cette association que l'on retrouve encore chez WOHLWILER, DELVALLE, BRACHETTO, BRIAN, CHAPMAN, WOEGEL et SHOMAKER, PLANCHU, NOEL et MOURIQUAND.

DUBOURGET et BERGE admettent eux aussi un rôle favorisant du Pancréas accessoire vis à vis de l'ulcère gastro-duodénal.

Les examens anatomo pathologiques montrent parfois des modifications importantes des propriétés des glandes mucipares environnant l'hétérotopie, ainsi que des réactions inflammatoires souvent intenses à ce niveau mais également à distance.

Quelles relations unissent donc ces trois ordres de faits ?

- malformation ectopique,
- inflammation,
- ulcère.

Diverses hypothèses ont été proposées :

1°- L'ischémie locale est invoquée par DRAUCH et GUESC

2°- La compression mécanique par SCAGLIOSI

3°- Des troubles nerveux trophiques provenant de l'irritation de filets sympathiques par le nodule jouant le rôle de corps étranger.

4°- Une autodigestion de la muqueuse dont le processus reste lui aussi à élucider : réveil de l'activité fonctionnelle,

rôle de l'inflammation.

5°- Peut être faut-il faire intervenir dans la genèse de l'ulcère, le rcle des malformations étendues de la muqueuse, diminuant le pouvoir protecteur du mucus.

6°- Enfin A. GUICHARD pense que le Pancréas accessoire au même titre que l'adénome Brunnérien doit être rangé dans le groupe des lésions pré ulcéreuses.

Quoiqu'il en soit le Pancréas accessoire semble bien jouer un rôle important :

- par son expression clinique propre,
- par les lésions ulcéreuses ou inflammatoires de voisinnage,
- par les complications qu'il peut présenter ou entrainer.

C L I N I Q U E

Avec de nombreux auteurs nous pensons donc que les Pancréas Accessoires peuvent donner des troubles cliniques variés.

On les rencontre, en général, plus souvent chez les hommes que chez les femmes.

FELDMAN et WEINBERG sur 53 cas, donnent :

- 16 femmes,
- 37 hommes,

MARTINEZ sur 51 cas trouve :

- 17 femmes,
- 34 hommes,

Par contre PONS et DAVIDOVITCH donnent un pourcentage égal.

C'est à l'âge adulte que se manifestent le plus volontiers les Pancréas accessoires. Pour tous les auteurs le maximum de fréquence se situe entre 30 et 50 ans.

L'âge extrême de découverte étant de quelques mois jusqu'à maintenant. Mais grâce à l'obligeance du Docteur ARNAVIELHE, nous apportons une observation d'un nourrisson de deux mois opéré avec succès d'un Pancréas accessoire pylorique qui nous semble être le cas le plus précoce observé à ce jour.

Il est impossible d'attribuer un syndrome clinique particulier aux hétérotopies gastriques. Bon nombre d'entre elles sont en effet des découvertes d'intervention. et CASTRO-BARBOSA a découvert ainsi près de 50 % des pancréas abérrants qu'il a décrit.

Cependant, ces hétérotopie peuvent se révéler :

- par des symptomes propres,
- par des complications,

et poser un problème diagnostic.

Les signes propres des Pancréas accessoires :

1°) Bien souvent les signes révélateurs sont mineurs. A type de gastralgies avec :
- brulures,
- crampes épigastriques,
- sensation de torsion,
- ou de tension, de pesanteur de siège épigastrique,
- ou de l'hypocondre droit,

2°) Mais parfois ils réalisent une symptomatologie pseudo-ulcéreuse, d'emprunt :

- car les douleurs peuvent prendre un rythme parfois évocateur,
- être plus ou moins calmées par le décubitus par l'absorption de poudres
- survenant souvent après les repas, plus ou moins précocement,
- accompagnées fréquemment de vomissements,
- souvent enfin, elles sont calmées pár un traitement anti-ulcéreux, entrepris devant ces symptômes.

3°) Au contraire, dans d'autres cas, ce peut être des douleurs :

• plus continues,

• sans rythme aucun

• ou avec un rythme abérrant,

• voire même une sensation de faim douloureuse,

4°) Le siège initialement épigastrique ou latéralisé à droite de la douleur, va migrer :

- à l'hypocondre droit,

- voire aux fosses iliaques droite ou gauche.

Pour JOYEUX et GUIBERT ces douleurs seraient localisées au début, puis irradient secondairement : • à l'ombilic,

• en arrière,

• ou latéralement,

comme dans notre observation VI....

5°) Dans d'autres cas, enfin il s'agit de douleurs accompagnées cette fois de : - pyrosis,

- avec régurgitations,

- transes ou même vomissements,

- troubles de l'appétit,

comme dans notre observation VIII...

6°) Des troubles intestinaux peuvent se trouver associés à type de coliques, de douleurs péri et sous ombilicales, avec parfois météorisme, peut être par irritation réflexe.

AU TOTAL, nous voyons donc qu'il peut s'agir d'une symptomatologie riche peut être, mais nullement évocatrice, nullement spéficique.

Seul CAVE a décrit un signe qui pour beaucoup d'auteurs aurait une grande valeur mais en fait rarement retrouvé :

Il s'agit de l'augmentation des douleurs après ingestion de viande. Hormis celui-ci on peut considérer qu'il n'existe aucun signe de certitude.

Les complications :

Par contre lorsque l'hétérotopie est compliquée, et cela survient fréquemment, la symptomatologie devient plus importante sans pour autant permettre un diagnostic étiologique exact dans la plupart des cas.

1°) Des hémorragies ont été signalées :

- parfois sans prodromes,
- ou après un syndrome douloureux comparable à ceux que nous venons d'exposer.

Soit qu'il s'agisse d'hématémèses d'abondance variable, et pouvant aller jusqu'à une forme grave, récidivante, posant un problème thérapeutique d'urgence comme dans l'observation de CHAMPEAU (1959) ou comme dans deux des observations de MARTINEZ ou le Pancréas accessoire était associé à une ulcération muqueuse en regard de la tumeur ou adjacente à celle-ci.

Il en est de même dans les publications de BRADLEY, KLEIN et LEVY, MOUSSELON et CARRETTE, VIDGOFF, WERTHEIMER.

Soit qu'il s'agisse de meloena :

- faisant suite, bien sûr à une hématémèse de moyenne abondance,
- mais aussi pouvant survenir isolée et pouvant revêtir elle aussi un caractère alarmant parfois.

• comme dans l'observation de DAMMAN celle de G. ALBOT et dans une de nos observations.

2°) La sténose pylorique ne survient que pour les localisations parapylorique.

Elle est plus fréquente que les hémorragies, réalisant un tableau de sténose pylorique incomplète, peu importante souvent. Mais elle alarme cependant par les vomissements alimentaires qu'elle entraine.

Son mécanisme en est assez aisé à comprendre : la tumeur venant faire clapet au niveau de l'orifice pylorique.

Elle a été signalée en particulier par GUTMANN et TALHEIMER, MUNCH, PLANCHU et FRAYSSE, LESNE, G. ALBOT.

Nous mêmes avons relevé cette incidence dans deux de nos observations.

Devant une telle éventualité, l'examen radiologique demandé, permet d'objectiver d'une part :

- la sténose plus ou moins complète du pylore,
- puis son retentissement gastrique en général très modéré,
- enfin dans la plupart des cas, il montre une image petite, arrondie, nette, bien limitée de la région prépylorique. Le plus souvent le diagnostic de polype est évoqué. Nous reverrons les signes qui pourraient permettre d'évoquer le Pancréas accessoire.

Ce syndrome de sténose peut se présenter très tôt dans la vie et a été signalé chez le nourrisson. A cet âge bien sûr on pense plutôt à une sténose hypertrophique du pylore. Cependant l'intervention chirurgicale peut révéler une étiologie différente et l'une de nos observations rejoint celle de KEELY et

HALE décrivant un Pancréas accessoire comme cause de sténose congénitale du pylore.

Citons pour terminer une observation curieuse de MARTINEZ et collab. rapportant l'histoire d'un malade porteur d'une gastro-entérostomie pour ulcère duodénal, qui fonctionnait bien; et qui brusquement se met en sténose. La réintervention a montré qu'il s'agissait d'un Pancréas accessoire prépylorique prolabé dans l'anastomose

3°) L'ulcère est rencontré avec une fréquence non négligeable dans l'hétérotopie pancréatique. On la retrouve associé au Pancréas accessoire dans les observations de COHEN, DEVERAUX et RIDER, GARIN et COUDERT, CHAMPMANN, VOGEL et SCHOMAKER, PLANCHU, NOEL et MOURIQUAND et dans une de nos observations.

Nous avons envisagé au chapitre physio-pathologique la genèse possible de ces ulcères.

Outre les symptomes propres à l'ulcération qui peuvent venir modifier le tableau clinique, celle-ci est vraisemblablement à l'origine de bien des hémorragies que nous avons signalées plus haut et qui viennent émailler l'évolution des Pancréas accessoires.

Cette ulcération peut siéger à distance de la formation pancréatique, mais dans d'autres cas elle apparaît en rapport étroit et direct avec l'anomalie.

Elle est sans doute à l'origine des syndromes pseudo-ulcéreux de certains Pancréas accessoires qui réagissent au traitement anti-ulcéreux classique. Radiologiquement ils se manifestent par une niche visible sur les clichès.

4°) La localisation sur l'intestin grêle ne présente pas de symptomatologie bien précise.

Elle peut s'accompagner de douleurs périombilicales ou latéralisées dans la fosse iliaque droite ou la fosse iliaque gauche.

Et si elle s'accompagne de nausées ou de vomissements, de constipation ou de météorisme discret, on comprend avec quelle facilité le diagnostic d'appendicite chronique finit par être posé.

Mais surtout ces localisations intestinales peuvent se manifester par des accidents de type hémorragique comme dans une autre de nos observations.

Et en particulier par des accidents mécaniques de type occlusif .

HOZLZER a rapporté un cas d'occlusion de la papille de l'ampoule de Vater par un pancréas supplémentaire.

PEARSON dans les annales of Surgery relate trois cas de Pancréas accessoire dont l'un détermina une obstruction élective des canaux pancréatiques.

Enfin BARBER, GERLEI et ILLYES, RIPSTEIN, ROGET et BEAUDOING rapportent diverses observations de Pancréas accessoires intestinaux ayant entrainé une occlusion du grêle par des mécanismes variés.

- invagination intestinale dont la tumeur hétérotopique réalisait le point de départ,

- ou tumeur développée dans un diverticule de Meckel ou sous séreuse et provoquant une obstruction par son augmentation de volume, les phénomènes inflammatoires concommittants.

5°) Enfin le problème de la dégénérescence néoplasique a soulevé de nombreuses discussions.

BRAYANS en 1908, PHURINGER en 1921, GRIP en 1926, CAROLI en 1952 ont signalé des Pancréas abérrants dégénérés au niveau de l'estomac.

BOOKMANN en 1932 relate un cas de cancer du duodenum prenant son origine dans un Pancréas accessoire.

Et DIXON et LICHTMANN citent cette possibilité dans leur étude des lésions malignes du duodenum.

Ce fait semble cependant relativement rare. Cependant MARTINEZ et collaborateurs dans leur récente mise au point, concluent en précisant que la découverte ou la suspicion d'une tumeur pancréatique accessoire impose une exploration chirurgicale et une étude histologique pour rechercher une dégénérescence possible.

6°) Reste à signaler l'existence de possibles accidents d'hypoglycémie par hyperinsulinisme par tumeur des ilots de Langérhans intéressant électivement les formations pancréatiques accessoires.

HOLMAN et WOOD en 1943 rapportaient le 5° cas, SVERINGHAM le 6° cas en 1948, et PFEIFFER et WILLER le 7° cas en 1950.

7°) Nous terminerons ce chapitre des complications en rappelant que toutes les affections qui touchent le Pancréas normal peuvent se retrouver au niveau du Pancréas accessoire.

Ainsi, ROBSON a décrit des lésions de pancréatite chronique interstitielle

intéressant aussi bien le pancréas normal que le Pancréas accessoire découvert chez le malade.

GROSDIDIER et COXAM ont signalé un abcès de la paroi gastrique.. extériorise a l'épigastre et dont le point de départ était un Pancréas accessoire de la paroi antérieure de l'estomac ayant subi une poussée de pancréatite subaigue.

AU TOTAL :

Nous voyons donc que la clinique apporte peu de chose.

Aucun signe de certitude, hormis peut être l'augmentation des douleurs après ingestion d'aliments et en particulier de viande.

Mais au contraire un polymorphisme clinique qui rend un diagnostic précis impossible. C'est souligner l'importance de l'examen radiographique qui devra être mis en oeuvre au moindre doute.

L A R A D I O L O G I E

C'est donc en réalité un problème de diagnostic radiologique que posent le plus souvent ces formations.

Et on ne peut débuter sans citer les travaux de LENHART KJELMAN en 1950 et 1951 qui le mieux s'est attaché à définir les images radiologiques que peuvent donner les Pancréas Accessoires.

Ce problème a été également abordé par PRESENT en 1946, ROTH et POPPEL en 1946 par LITTNER et KIRSCH en 1952, et DEROCHE et GERARD la même année.

D'après ces auteurs, le diagnostic radiologique serait possible dans un certain nombre de cas; il faut préciser que furent surtout étudiées les localisations gastriques et duodénales.

Les signes pathognomoniques seraient les suivants :

- lacune arrondie, encochant le contour de la paroi, à bords nets,
- apparaissant parfaitement bénigne au cours d'examens successifs, laissant passer les contractions,
- avec en son centre un orifice cratériforme qui se remplit de substance de contraste,
- ce cratère de taille variable paraissant capable de contractions et se continuant vers la périphérie par un fin canalicule prolongé parfois de petites dilatations.

Mais en fait les renseignements sont souvent discordants, et la grande variabilité des aspects radiologiques rencontrés sont trompeuses.

Il faut cependant garder comme éléments d'orientation :

- la localisation élective dans la région antropylorique, proche du pylore ou au niveau du deuxième duodenum,
- la petite taille de la lésion,
- l'aspect de lésion bénigne, réalisant une image ronde, claire, bien limitée, parfois en cocarde de face.

Mais nous voyons alors qu'il s'agit de l'aspect commun des tumeurs bénignes et c'est donc l'histologie seule qui tranchera le problème.

Ailleurs l'adjonction de sclérose qui remanie l'hétérotopie, l'hyperplasie musculaire qui complète sa traduction radiologique, l'ulcère qui ajoute sa niche, réaliseront :

- soit un aspect suspect de cancer de l'estomac au début,
- soit un aspect de cancer ulcériforme,
- soit la niche en cocarde de schwannome.

Cependant MARTINEZ et collab. précisent l'importance de la radiologie :

En effet sur 43 patients examinés, 32 avaient un examen radiologique positif faisant suspecter une hétérotopie ou une tumeur bénigne, mais de toute façon amenant à poser une indication opératoire.

La Gastroscopie n'a été utilisée que dans un nombre très restreint de cas.

Dans la littérature nous relevons des observations de Ingrid LEODOLTER et Guy ALBOT.

Cet examen montre en général un certain degré de gastrite.

Cette gastrite est d'ailleurs confirmée par les études de liquide de tubage gastrique qui montrent le plus souvent une absence d'acide chlorhydrique ou des chiffres bas oscillant entre 0,75 et 0,40 après injection d'histamine.

Cette gastrite est probablement responsable de certains troubles fonctionnels et peut être même de certains cas d'hémorragies digestives.

D I A G N O S T I C

En considérant les renseignements que peuvent nous donner les différents examens que nous venons d'exposer, nous voyons avec quelles difficultés le diagnostic exact de Pancréas accessoire peut être porté.

Certes tout un faisceau d'arguments peut permettre d'envisager un tel diagnostic à un stade préopératoire. Et la revue de la littérature nous a permis de relever plusieurs cas de cet ordre.

Ils sont en vérité peu fréquents car :

- les signes cliniques sont banaux,
- les complications non spécifiques,
- les signes radiologiques équivoques
- et le diagnostic le plus souvent approché est celui de polype ou de tumeur bénigne.

Dans ce cas, la localisation antro pylorique, toute proche du pylore, la petite taille de la lésion à l'examen radiographique pourraient orienter vers l'hétérotopie pancréatique.

Mais à vrai dire, on ne peut aller plus loin, dans la certitude qui viendra seulement de l'examen anatomo-pathologique.

D'ailleurs l'étude statistique des principales publications que nous avons étudiées, confirme bien la difficulté d'un tel diagnostic.

MARSHALL et CURTISS sur 7 cas de Pancréas accessoires rapportés ont posé le diagnostic :

- 3 fois d'ulcère pylorique,
- 2 fois d'ulcère gastrique,
- 1 fois d'ulcère duodenal,
- 1 fois de tumeur antrale.

BARBOSA dans 50 % des cas pensait à une tumeur bénigne :

20 % des cas à un ulcère,

20 % des cas à une lésion maligne,

10 % des cas furent une découverte opératoire.

WELTI pour sa part prétend rencontrer souvent des Pancréas accessoires, mais leur nie toute individualité clinique.

Il faut d'après cet auteur rechercher toujours une autre étiologie aux symptômes que présentaient ces malades.

MARTINEZ qui nous apporte une étude complète, récente et homogène de 51 cas, distingue :

1°) un premier groupe de 28 malades ou l'intervention fut décidée devant des symptomes d'ordre gastro duodénaux ou vésiculaires :

- 10 fois associés à une recrudescence des douleurs après ingestion d'aliments,
- 7 fois avec vomissements,
- 3 fois avec rythme ulcéreux
- 2 fois avec hématémèse

- Et ou des signes radiologiques positifs furent trouvés 27 fois sur 28.

Au total donc pour ce premier groupe on avait porté le diagnostic :

- 18 fois de polype,
- 4 fois de cancer,
- 3 fois de leiomyomatose,
- 2 fois de tumeur intrapariétale

pouvant être un Pancréas accessoire.

2°) Un deuxième groupe ou le Pancréas Accessoire fut découvert lors de l'intervention réalisée pour une autre affection qui était :

- 5 fois un ulcère duodenal,
- 1 fois un ulcère gastrique hémorragique,
- 6 fois une cholescystite chronique.

3°) Enfin un troisième groupe où la tumeur fut une découverte de l'examen de la pièce opératoire. Les interventions ayant été motivées :

- 6 fois par une hémorragie ou une sténose d'un ulcère duodénal,
- 1 fois par un ulcère duodenal résistant aux traitements médicaux,
- 2 fois pour un cancer gastrique,
- 1 fois pour un ulcère gastrique,
- 1 fois pour un cancer de la deuxième portion du duodenum.

De cette très belle étude statistique nous essayerons de rapprocher celle des huit cas que nous avons étudiés.

L'étude de ces statistique nous a permis en outre d'envisager les différents diagnostics différentiels. Ils sont très nombreux :

allant des autres tumeurs bénignes du tube digestif jusqu'aux ulcères

gastriques ou duodenaux, aux cancers digestifs, à la cholecystite, à la pancréatite, sans oublier les différentes étiologies possibles d'une occlusion, ou d'une hémorragie digestive.

Que retenir de tout cela :

- la localisation élective,
- l'allure de bénignité,
- la connaissance d'une telle malformation qui doit permettre de l'évoquer au même titre que les autres tumeurs bénignes.

LES DIRECTIVES THERAPEUTIQUES

Elles seront simples :

1°) Dans les cas ou l'hétérotopie est rencontrée seule,sans lésions associées, ulcéreuse fibreuse ou inflammatoire, une exérèse simple de la lésion est suffisante.

La nature bénigne du Pancréas accessoire autorise à faire une exérèse très limitée, mais seulement si la nature de la tumeur est suspectée.

De toutes façons, un examen histologique précisera non seulement la nature exacte de la tumeur, mais également l'absence de dégénérescence.

2°) Sinon, si comme dans certains cas le Pancréas accessoire s'accompagne :

- soit d'ulcération, de signes inflammatoires étendus, de sclérose,
- soit qu'il est associé à d'autres lésions, une exérèse plus large est nécessaire imposée par la lésion associée, ou par le diagnostic hésitant ou érroné.

Dans ces cas, en effet, l'incertitude diagnostic, que ne semble pas devoir diminuer la biopsie extemporanée, d'interprétation trop difficile, entrainera une exérèse large "dont on peut se consoler en pensant aux quelques rares cas où existait une transformation maligne" (Guy ALBOT)

Restent deux problèmes :

1°) Celui posé par la découverte d'un Pancréas accessoire au cours d'une intervention autre, cette hétérotopie ne s'étant jamais manifestée jusqu'alors ?

La curiosité du chirurgien, la non connaissance de la hature exacte de la tumeur rencontrée, amènent souvent à faire une excision simple, une exérèse limitée.

Et MARTINEZ conclue en disant que la bénignité des suites d'une exérèse localisée impose celle-ci, pour permettre l'étude histologique, chaque fois qu'on rencontre une tumeur y ressemblant.

2°) Enfin problème posé parfois par la localisation de la tumeur, ou par son étendue qui impose une exérèse étendue de principe.

Tel fut le cas en particulier de l'une de nos observations ou l'opérateur après une tentative d'exèrèse localisée, a été contraint de réaliser une gastrectomie limitée chez un nourrisson de deux mois pour un Pancréas accessoire de siège pylorique ayant entrainé un syndrome de sténose.

Et à ce propos, nous pouvons souligner la rareté d'une telle exérèse à cet âge, exérèse qui fut suivie d'un rétablissement de la continuité digestive par anastomose gastroduodénale type Péan, et qui avec maintenant trois ans de recul semble avoir été bien tolérée et n'entrainer aucun désordre pondéral, satural ou pathologique.

Voici maintenant le résumé des observations de huits cas inédits de Pancréas accessoires que nous avons pu réunir dans le service du Professeur Agrégé A. GERMAIN à l'Hôpital de Créteil, et grâce à l'obligeance de Messieurs les Docteurs ARNAVIELHE et GUILLET.

Ce résumé clinique est suivi des principales constatations opératoires ainsi que des éléments importants de l'étude histologique des coupes qui ont toutes été relues à cette occasion par le Docteur LANCRET que nous remercions vivement.

OBSERVATION I : Monsieur PAR..... âgé de 30 ans.

Malade qui présente au mois d'avril 1957 des douleurs survenant après les repas, de siège épigastrique, mais pouvant apparaître à n'importe quel moment de la journée pendant d'autres périodes.

- Entre ces périodes douloureuses, sensation de pesanteur, post prandiale, de digestion lente. On ne note pas d'amaigrissement notable.

- Un examen radiographique de l'estomac montre alors une image de polype arrondi, bien limité, visible sur les séries gastro-duodénales au niveau du bulbe, qui par ailleurs est bien rempli., bien dessiné.

- Et on intervient avec le diagnostic de tumeur bénigne du bulbe ou polype du pylore accouché dans le duodenum.

CRO le 18.5.1957, d'ARNAVIELHE :

Médiane sus ombilicale.

Il existe effectivement une petite tumeur du bulbe duodenal, du volume d'un pois, non pédiculée, incluse dans la paroi antérieure duodenale. Peut être un pancréas accessoire.

Résection économique, suture en 1 plan aux points séparés extra muqueux.

Les suites opératoires furent simples, et le malade revu depuis n'a plus présenté de vomissements.

L'examen histologique fait par le Dr. BAY et le Dr. LANCRET a montré une tumeur bien limitée, arrondie et lobulée par des bandes de sclérose.

Les lobules sont formés de deux types de cellules.

- Les unes les plus rares a cytoplasme abondant et foncé, et dont les travées cellulaires sont parsemées de nombreux vaisseaux, donnant un aspect de glande endocrine,

- Les autres à cytoplasme spumeux et clair, le plus souvent en voie de lyse,

- Les coupes en série nous ont montré la présence d'un canal excréteur qui est très certainement le canal excréteur de ce pancréas accessoire engainé dans un manchon de cellules inflammatoires.

OBSERVATION II. Monsieur ART..... 25 ans

Depuis quelques semaines, cet homme se plaignait de quelques douleurs de siège épigastrique, mais aussi parfois latéralisées dans l'hypocondre droit.

Il s'agit de douleurs à type de brulures, mais sans aucun rythme ni dans la journée, ni dans le temps.

Parfois sont notées quelques irradiations intercostales à la base du thorax.

Mais tous ces symptomes restaient assez minimes et n'avaient pas motivé de consultation médicale.

Quand brusquement à la suite d'un repas particulièrement abondant (il s'agissait du réveillon de la St Sylvestre) le malade présente une hématémèse de sang rouge, de petite abondance, mélée à des aliments.

Un examen radiographique de l'estomac alors demandé montre dans la région antrale, a environ 2 cm du pylore, une image claire, arrondie, très bien limitée, constante sur plusieurs clichès. Le bulbe duodenal est par ailleurs normal. Les passages pyloriques normaux, les plis bien conservés. De face sur un cliché a noter une image d'aspect en cocarde.

Le diagnostic de polype de l'antre prépylorique est porté et une intervention chirurgicale décidée.

CRO le 6.2.58 Dr. ARNAVIELHE

Médiane sous ombilicale. Gastrotomie d'exploration, verticale sur le versant gauche du pylore.

L'exploration intra gastrique au doigt fait sentir une petite tumeur du volume d'un haricot siégeant sur la face antérieure de l'antre, contre la grande courbure.

Il s'agit d'une tumeur sessile, siégeant dans la sous muqueuse, qui semble bénigne quoique ne ressemblant pas à un polype.

Excision segmentaire. Suture gastrique en 2 plans.

Paroi en 3 plaies sans drainage

Et l'examen anatomo pathologique du Dr. LANCRET a montré :

- une muqueuse de type gastrique, qui est le siège d'une ombilication dont le fond n'est absolument pas ulcéré. La musculeuse sous jacente est intacte et dans la sous muqueuse, il est possible de voir une formation arrondie faite d'ilots glandulaires de type pancréas exocrine.

La bénignité de cette formation est histologiquement évidente.

Les suites opératoires furent bonnes.

Le malade revu en mars 1962 était bien portant, avait engraissé de plusieurs kilogs.

Il se plaint parfois de quelques sensations de digestion difficile. Des clichès gastriques et vésiculaires ont été normaux.

Il n'a plus jamais présenté d'hématèmèse.

OBSERVATION III, Monsieur LON... 72 ans

Malade hospitalisé en Médecine, car depuis deux ans 1/2 il présente une dizaine de crises douloureuses toujours exactement semblables :

Le début en est brusque et se situe en fin d'après midi vers 17 h. en général par :

- des douleurs à type de constriction, débutant dans l'hypocondre droit, augmentant progressivement d'intensité, puis s'étendant dans toute la région sus-ombilicale, aussi bien en avant qu'en arrière.

- puis les douleurs deviennent plus profondes, s'accompagnent de vomissement tandis que s'installe un certain degré de météorisme.

- le lendemain la température est à 38°. Les douleurs cèdent progressivement et tout rentre dans l'ordre. On n'a jamais constaté de subictère, ni de troubles digestifs.

En dehors des crises l'abdomen reste souple, non douloureux, le foie paraît normal.

Des examens biologiques sont demandés qui se révèlent normaux hormis une amylasémie trouvée à 464 unités Somogye au décours d'une crise.

Enfin ses radiographies de l'estomac montrent une image arrondie, bien limitée, image de soustraction, au niveau du pylore.

Une intervention est décidée avec le diagnostic de pancréatite plus tumeur du pylore d'aspect bénin.

CRO du 23.4.59, Dr. POULET.

On retrouve la tumeur du pylore sessile. La vésicule est normale, le cholédoque le pancréas normaux. On réalise une gastrectomie des 2/3 avec anastomose gastro jéjunale trans mésololique type Polya.

L'examen anatomo pathologique du Dr. LANCRET :montre une hétérotopie complexe de muqueuse intestinale au niveau du pylore. La muqueuse est faite de villosités. Cette hétérotopie a la manière d'un diverticule s'ouvre par une papille du côté de la muqueuse gastrique, tandis qu'elle s'invagine en profondeur jusque dans la partie la plus profonde des couches musculaires externes.

Elle est accompagnée d'ilots pancréatiques accessoires au nombre de 4 ou 5 formes de pancréas exocrines et de canaux excréteurs bien visibles. Aucun ilot de Langerhans n'a été vu.

Il apparaît en d'autres endroits une inflammation de ce pancréas avec une différenciation vers le type canaliculaire.

Aucun signe histologique de malignité n'a été retrouvé au niveau des fragments étudiés.

OBSERVATION IV, Enfant DEL .... 2 mois

Il s'agit :

- d'un nourrisson de 2 mois, né à terme, accouchement sans histoire, alimentation sans ennuis jusqu'alors.

- Mais qui depuis 10 jours environ présente quelques vomissements plus ou moins abondants, environ un quart d'heure après la tétée, vomissements formés de lait caillé,

- On porte donc le diagnostic de sténose incomplète, hypertrophique du pylore.

- Et l'on demande un examen radiographique qui montre une image de tumeur bénigne de la région prépylorique, lacune arrondie, ovalaire, à contours nets, pas d'image manifeste de sténose gastrique.

- Un traitement antispasmodique avec épaississement des repas est essayé sans succès et un nouvel examen radiographique montre le même aspect, 15 jours après.

- Une intervention est donc décidée avec le diagnostic de polype de l'antre prépylorique tendant à s'engager dans le pylore.

CRO le 8.12.59, Dr. ARNAVIELHE

Incision transrectale droite. La tumeur siège sur le pylore même.

Pylorotomie se prolongeant à gauche sur l'antre la paroi ant. du pylore est normale, il n'y a pas d'hypertrophie du pylore.

Une fois l'estomac ouvert, on voit que la tumeur siège sur la face postérieure. Elle a le volume d'un noyau de cerise et soulève la muqueuse en un cone

sessile, ombiliqué en son centre.

Cette tumeur s'étend en s'étalant à sa base et en se prolongeant vers la sous-séreuse infiltrant toute la paroi postérieure du pylore, sans limites précises.

Echec d'une tentative d'énucléation. Aussi se décide-t-on à pratiquer une gastrectomie limitée avec anastomose gastro duodenale termino terminale à la peau en un plan extra muqueux au fil de lin.

Suites opératoires :

Réanimation par perfusion après dénudation de la saphéne par où on établira une alimentation parentérale pendant les premiers jours.

Suites opératoires excellentes.

Sort au 15è jours sans avoir jamais vomis. Radio de contrôle : passages duodenaux excellents.

Revu en oct. 1961 : état excellent.

Examen histologique Dr LANCRET

On voit au dessus de la région pylorique une tumeur dont le grand axe mesure environ 3 centimètres.

A la section on voit un petit diverticule qui s'invagine dans la sous-muqueuse. au dessous de la tumeur la musculeuse est hyperplasique.

On note dans la sous muqueuse une série de formations arrondies ayant l'architecture d'un pancréas exocrine muni de canaux excréteurs.

Aucun ilot de Langérhans n'a été vu sur les coupes. Aucun signe histologique de malignité.

OBSERVATION V - Mademoiselle NAM.... 11 ans

Il s'agit d'uneenfant hospitalisée avec le diagnostic de poussée aigue d'appendicite chronique.

Elle avait présenté quelques mois auparavant de petites crises douloureuses de la fosse iliaque droite avec une tendance à la constipation. Quelques nausées matinales.

Depuis 24 heures, elle présentait une crise plus franche avec à l'examen un point douloureux net au niveau de la fosse iliaque droite.

CRO le 1959, Dr. GUILLET

Incision de Mac Burney.

Liquide séreux sortant de l'ouverture du péritoine, l'appendice est enflammé, contorsionné sur lui-même.

Appendicectomie. Enfouissement au lin. On note l'existence d'une importante adénite mésentérique, et l'existence d'un diverticule de Meckel très enflammé, prêt à se rompre à sa pointe.

Résection segmentaire du grêle.

Examen histologique : Diverticule de MECKEL

Aspect macroscopique : Il s'agit d'un volumineux diverticule présentant une inflammation importante, il est, à la coupe, constitué par une muqueuse régulière s'arrêtant dans le fond du diverticule sur une masse grosse comme un pois. Cette masse est jaunatre, bien encapsulée, finement lobulée et sépare la muqueuse de la musculeuse sous-jacente.

Aspect histologique : Des coupes en série ont été pratiquées et montrent un pancréas accessoire fait de multiples lobules pancréatiques séparés par un tissu conjonctif abondant. Ce pancréas est uniquement de type exocrine. Il est souvent immature, mais les cellules glandulaires possèdent des grains de sécrétion.

Il existe des canaux excréteurs parfois de taille normale, parfois dilatés, mais aucun passage nettement perceptible n'a été retrouvé sur les coupes sériées.

CONCLUSION : Hétérotopie pancréatique exocrine sous muqueuse du diverticule de Meckel sans signe de malignité.

OBSERVATION VI : Madame DUI... 38 ans

- Malade hospitalisée pour des crises douloureuses épigastriques ayant débuté il y a 10 ans. Survenant depuis par crises espacées tous les deux ans environ. durant 3 semaines à 1 mois sans caractère bien précis. Mais avec des irradiations postérieures.

- En 1949, cette malade aurait fait une hématémèse de petite abondance. Mais des radiographies gastriques et pulmonaires n'auraient rien montré. On suspectait cependant la possibilité d'un ulcère du bulbe.

- Depuis 1958, les douleurs étaient devenues plus fréquentes, tendant même à devenir persistantes :

- survenant souvent après les repas,
- mais parfois aussi la nuit,
- durant plusieurs heures,
- non calmées par les aliments,
- avec des nausées et des vomissements.

- Enfin depuis quelques semaines les douleurs étaient devenues permanentes, à type de brulure et de pesanteur, accompagnées de céphalée et de vertiges.

- De nouvelles radio digestives montrent une image lacunaire, en cocarde de la région prépylorique, on parle de Schwannome.

Intervention le 6.4.60. Après incision médiane sus-ombilicale, on trouve un ulcère duodenal antérieur cicatrisé, sans signes inflammatoires et une petite tumeur prépylorique qui semble être un pancréas accessoire. Gastrectomie des

2/3 type Hofmeister-Finsterer.

Les suites opératoires sont simples. Le malade sort au 15è jour.

L'examen histologique de la pièce faite par le Dr. LANCRET montre :

Une hétérotopie pancréatique siégeant dans un diverticule formé aux dépens de la paroi gastrique. Celui-ci siège en regard un épaississement de la musculeuse.

Le pancréas est assez immature, souvent le siège de pancréatite chronique avec sclérose intense et une dedifférenciation des acini.

Le pancréas est de type exocrine et possède des canaux excréteurs qui vont s'aboucher au niveau de la muqueuse du fond du diverticule.

Pas de signe de malignité.

La malade a été revue quatre mois après l'opération et se plaignant de quelque gène en rapport avec la gastrectomie récente.

OBSERVATION VII, Madame CHR..... 33 ans

Il s'agit d'une malade qui présentait depuis trois semaines des crises douloureuses de l'hypocondre droit avec des vomissements aussitôt l'absorption d'aliments.

Ces douleurs siègent exactement à la partie droite de l'épigastre avec des irradiations postérieures et supérieures vers l'épaule gauche.

A l'examen, l'abdomen reste souple, mais on retrouve une douleur provoquée au niveau de l'hypocondre droit jusque dans la fosse iliaque droite, ainsi qu'un signe de Murphy

On porte le diagnostic clinique de coliques hépatiques mais les investigations radiologiques ne montrent aucune altération de la vésicule ou des voies biliaires.

L'étude des antécédents fait retrouver des épisodes douloureux épigastriques 5 ans auparavant ayant fait poser le diagnostic d'ulcère duodenal et ayant entrainé un traitement médical de Bismuth et Laristine.

Des radiographies gastro duodenales ne montrent aucune lésion organique.

Devant la persistance des vomissements on se décide à intervenir.

CRO le 11 4 1961.

Médiane sus ombilicale.

L'examen montre une vésicule, un pédicule hépatique, un colon, un estomac normaux, en dehors d'un nodule de la taille d'un pois chiche siégeant au niveau de l'antre, à 2 cm du pylore, le long de la grande courbure.

Gastrotomie qui permet l'exploration du pylore et du duodenum au doigt, et par laquelle on réalise l'exérèse de la tumeur enlevant toute l'épaisseur de l'estomac.

Suture en 1 plan au fil de lin, points séparés extra muqueux.

Les suites opératoires sont simples. Sortie de la malade au 12è jour.

L'examen anatomo pathologique (Dr. LANCRET) montre la présence d'un tissu pancréatique abérrant dans la sous muqueuse gastrique.

Comme il est fréquent, ce tissu est purement exocrine, il s'accompagne de canaux excréteurs souvent dilatés.

Ces canaux excréteurs sont reliés à la cavité gastrique par l'intermédiaire d'un diverticule bordé par une muqueuse panci stratifiée.

La musculeuse est hyperplasique dans cette région, aucun signe histologique de malignité.

La malade a été revue en sept. 1961 pour des douleurs pariétales qui ont cédés à la résection de la cicatrice cutanée.

OBSERVATION VIII, Madame ADA..... 36 ans

Il s'agit cette fois d'un meloena très important de sang noir qui amène la malade en urgence à l'Hôpital.

L'épisode aigu a été précédé d'une sensation de chaleur épigastrique, sans douleurs, et a été immédiatement suivi d'une syncope.

L'étude des antécédents n'apporte aucun renseignement,pas d'ulcère connu antérieurement, mais par contre depuis quelques mois :

- des douleurs épigastriques basses peu intenses,
- sans rapport avec les repas,
- sans vomissements, ni nausées,
- avec pyrosis.

Des radiographies gastro duodenales sont normales. Le lavement baryté ne montre rien.

On pense donc à la possibilité d'un diverticule de Meckel ou d'une tumeur du grêle.

Intervention le 5.2.1962, dont voici le C.R.O. :

Petite laparotomie médiane, à cheval sur l'ombilic.

On extériorise progressivement toutes les anses grêles après avoir palpé le colon et l'estomac qui sont normaux.

On découvre un diverticule de Meckel, et au niveau de la première anse, jéjunale une tumeur du grêle d'aspect jaunatre lipomateuse, sans adénopathie, manifestement bénigne. Elle infiltre la paroi sans atteindre ni la muqueuse ni

la séreuse qui sont saines.

Exérèse du diverticule de Meckel

Résection cunéiforme de la tumeur.

Les suites opératoires sont très simples. La malade sort au 11è jour.

Examen histologique . Dr. LANCRET

1°) Il existe un diverticule de Meckel dont la paroi est mince, la muqueuse du type intestinal.

2°) la tumeur est un pancréas accessoire situé dans la musculeuse. Elle possède des canaux excréteurs, des ilots de Langerhans de volume inégal, et des acini exocrines parfois immatures , parfois dystrophiques.

La congection visible au niveau du pancréas accessoire est en faveur d'une hémorragie dans cette région.

Aucun signe histologique de malignité.

	Circonstances de Découverte	Localisation R X	Intervention	Histologie
Observation I Homme 30 ans	Synd. Pseudo Ulcéreux	Image pylorique de T. bénigne en fait du bulbe	Exèrèse limitée	P. complet sous muqueux
Observation II Homme 25 ans	Synd. pseudo ulcéreux + Hématémèse	Image antrale typique	Exérèse limitée	P. Exocrine sous-muqueux avec divert.
Observation III Homme de 72 ans	Synd. Pseudo ulcéreux	Image antrale typique	Gastrotomie 2/3 polya	P. exocrine musculeux avec divert.
Observation IV Fille 2 mois	Sténose pylore	Image de tumeur bénigne du pylore	Pylorectomie	P; exocrine sous muqueux avec diverticule
Observation V Fille 11 ans	Découverte opératoire		Exérèse limitée	P. exocrine sous-muqueux
Observation VI Femme 38 ans	Synd. pseudo ulcéreux	Image antrale typique	Gastrectomie 2/3 Finsterer	P; Exocrine sous-muqueux avec divert.
Observation VII Femme 33 ans	Sténose Pylorique	Image antrale mal vue sur les séries	Exérèse limitée	P. Exocrine sous-muqueux avec divert.
Observation VIII Femme 36 ans	meloena récidivant		résection segmentaire	P. complet musculeux.

COMMENTAIRES

Voici les commentaires que nous permet l'étude des huits cas rapportés ici.

De point de vue clinique :

L'attention fut attirée par des symptomes variés :

- trois fois il s'agissait d'un tableau pseudo ulcéreux, mais cependant incomplet,
- deux fois il s'agissait d'une hémorragie digestive,
- deux fois, il s'agissait d'une sténose pylorique.

Ceci permet donc de souligner le polymorphisme clinique extrême, mais surtout l'absence de signe pathognomonique.

Certes une fois le tableau clinique et les dosages biologiques attiraient l'attention vers le pancréas, mais rien ne permettait de soupconner qu'il s'agissait d'une hétérotopie pancréatique.

Nous n'avons jamais retrouvé le signe décrit par CAVE; l'augmentation des douleurs après ingestion de viande.

Mais dans deux cas, nous avons cependant relevé une exacerbation des douleurs après ingestion d'aliments, sans que les protides aient cependant semblé avoir un rôle électif.

Enfin, un seul de nos cas fut une découverte fortuite, n'ayant jamais jusque là donné lieu à des désordres physiologiques.

L'âge variait dans de grandes proportions :

- de 2 mois à 72 ans qui représente les cas extrêmes,
- et mis à part un autre cas décelé à l'âge de 11 ans et qui est une découverte opératoire,
- les cinq autres cas se situaient dans la troisième décade de la vie, ce qui est donc plus jeune qu'il n'est classique.

Le sexe des malades était pour cinq cas féminin et pour trois autres masculin.

Alors que la majorité des auteurs s'accordent à constater une plus grande fréquence dans le sexe masculin.

La radiologie, par contre, a été d'un appoint capital puisque dans cinq cas sur huit, elle a permis de montrer une image assez univoque :

- image lacunaire,
- de petite taille,
- arrondie, bien limitée,
- paraissant souple,
- sans modification des plis muqueux avoisinants

Au total donc une image de tumeur bénigne avec dans certains cas, une image en cocarde sur les clichés de face.

Cet aspect en cocarde peut sans aucun doute être rapproché des descriptions faites par KJELMAN et objective le remplissage par la substance de contraste, de l'abouchement du diverticule muqueux qui creuse la tumeur dans la

majorité des cas. Jamais cependant nous n'avons retrouvé ces fines images

Jamais cependant nous n'avons retrouvé ces fines images décrites par KJELMAN avec les petites dilatations kystiques qui les terminent.

Trois autres cas n'avaient pas subi d'investigations radiologiques de l'organe intéressé par le pancréas accessoire, et pour un seul cas l'examen radiologique a été en défaut.

Ainsi donc nous pouvons dire que pour six localisations gastro duodenales, un seul cas a échappé au diagnostic radiologique.

Mais précisons que là encore, le diagnostic posé n'était qu'une présomption, il n'y a pas de diagnostic radiologique positif net.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'étude des huits cas rapportés ici montrent un aspect macroscopique et histologique assez homogène.

La localisation de ces tumeurs est digestive.

Dans 4 cas, ils siègent dans la région pré-pylorique,

Dans un cas au niveau du pylore,

Dans un cas au niveau du bulbe duodenal,

Dans un cas au niveau du jéjunum,

Et enfin dans un cas au niveau d'un diverticule de MECKEL;

Aspect macroscopique :

Il s'agit, le plus souvent d'une petite tumeur, de la taille d'un pois de couleur jaunâtre, finement lobulée, et entourée d'une capsule nette.

Ce nodule est bien individualisé lorsqu'il se trouve dans la sous-muqueuse alors qu'il apparaît moins cohérent lorsque les lobules glandulaires siègent dans la musculeuse.

Dans tous nos cas, cette tumeur est unique.

La muqueuse apparaît, en regard, soit simplement soulevée par la tumeur sous-jacente, soit mamelonnée avec au sommet, un petit canal qui s'ouvre dans

la lumière digestive.

Aspect histologique :

L'examen histologique a été pratiqué dans la presque totalité des cas à l'aide de coupes en série destinées à mettre en évidence l'abouchement des canaux excréteurs dans la lumière intestinale.

La coloration usuelle à l'hématéine éosine et la coloration trichromique de Masson ont été pratiquées sur tous les prélévements.

L'histologie montre que dans 6 de nos cas, ces pancréas accessoires siègent dans la sous-muqueuse. Dans 2 cas, ils se poursuivent dans la musculeuse.

Dans les cas où le pancréas siège dans la sous-muqueuse, les lobules sont tassés les uns contre les autres, ils sont séparés par de fines tracées conjonctives qui contiennent à leur intersection des canaux excréteurs normaux ou dilatés. Dans les deux cas où les lobules pancréatiques se poursuivent dans la musquleuse, la systématisation est alors moins cohérente et de nombreux lobules de taille différente sont appendus ou situés autour de canaux excréteurs presque toujours dilatés.

Les lobules sont formés de cellules exocrines normales s'agençant en acini centrés par une lumière plus ou moins visible. Les cellules possèdent un pôle apical contenant des granulations de zymogène.

D'autres fois, les cellules sont de taille variable, moins bien agencées dans la formation des acini ébauchant parfois une dédifférenciation canaliculaire surtout dans les régions où la sclérose périlobulaire et péricanaliculaire est abondante.

Deux de nos cas à localisation sous-muqueuse s'accompagnent d'une hétérotopie du pancréas endocrine ce qui reproduit localement un organe complet.

Cependant les ilots sont petits, de taille variable, ils sont assez nombreux et les cellules qui les constituent sont d'aspect normal.

Dans 5 cas constitués uniquement de pancréas exocrines l'hétérotopie s'accompagne d'un diverticule du tube digestif. Celui-ci s'invagine dans la sous-muqueuse épaissie et les lobules s'agencent régulièrement autour de ce diverticule.

Des lésions inflammatoires banales accompagnent ces tumeurs. Il s'agit le plus souvent d'une congestion et d'une inflammation discrète de la muqueuse, d'une hyperplasie du tissu conjonctif sous-muqueux.

Les lobules sont entourés fréquemment par une sclérose plus ou moins importante qui dissocie parfois les acini réalisant ainsi une fibrose interstitielle chronique.

La musculeuse enfin est fréquemment hyperplasique et contribue avec l'épaississement de la sous muqueuse à un épaississement assez important de la paroi au niveau de tumeur.

Ces lésions inflammatoires chroniques sont habituelles mais modérées

Il faut signaler cependant que la présence d'un pancréas accessoire chez un nourrisson de 2 mois a provoqué dans l'une de nos observations, un oedème de la paroi sous-jacente créant ainsi un tableau de sténose pylorique incomplète.

Seules ces lésions inflammatoires chroniques relativement modérées ont été

retrouvées dans nos observations. Jamais il ne nous a été permis d'observer des lésions aigues à type de micro-abcès, d'oedème aigu, de nécrose décrit par certains auteurs.

Le problème si important de l'abouchement dans le tube digestif des canaux excréteurs de ces glandes surnuméraires a été résolu par la coupe en série de ces tumeurs. Cette méthode nous a permis de retrouver le passage vers la lumière digestive dans 7 cas sur 8. Seul le pancréas accessoire situé dans le fond d'un diverticule de Meckel n'a pas montré de continuité des canaux excréteurs avec la muqueuse intestinale.

CONCLUSION .

Sur 8 cas d'hétérotopie pancréatique, 6 siègent dans la région pyloro-duodenale.

Cinq cas s'accompagnent d'une diverticulose du tube digestif.

Deux cas seulement montrent la présence d'un pancréas complet exocrine et endocrine.

Le pancréas exocrine est pourvu de canaux excréteurs qui s'abouchent au tube digestif dans 7 cas sur 8.

Les lésions inflammatoires enfin sont modérées et surtout faites de lésions chroniques de fibrose systématisée réalisant un aspect de fibrose interstitielle chronique.

Enfin du point de vue thérapeutique :

Nous retiendrons :

1°) Qu'une exérèse segmentaire a été réalisée dans cinq de nos huit cas. Pour les deux localisations intestinales cette conduite est la seule possible. Pour trois localisations gastriques cette exérèse localisée a été réalisée enlevant la tumeur et une pastille de toute la paroi gastrique alentour.

- Les suites en ont été très simples et deux des malades qui avaient présenté des hémorragies (hématémèse ou meloena) n'ont jamais plus présenté d'accident de cet ordre.

- Deux autres malades ont vu les symptomes douloureux, disparaître; et la seule malade qui soit revenue consulter, le faisait pour une cicatrice cutanée douloureuse qui a été excisée.

- enfin la dernière malade de ce groupe dont le Pancréas accessoire a été une découverte opératoire est actuellement bien portante.

2°) Qu'une exérèse large fut nécessaire pour trois des autres malades. Il s'agit d'une gastrectomie subtotale. Car seule en effet la localisation gastrique ou duodenale peut poser de tels problèmes :

- soit que l'on ait la main forcée comme dans notre observation IV, par l'extension de la tumeur et sa localisation (exactement sur le pylore) ce qui a intérdit une exérèse limitée malgré une tentative dans ce sens.

- soit que des lésions associées, et le plus souvent une lésion ulcéreuse, nécessite une telle gastrectomie permettant du même coup le traitement de l'ulcère et du pancréas accessoire, tel fut le cas de notre observation VI. La malade a été revue dans les suites immédiates pour des troubles digestif. en rapport avec la gastrectomie. Mais un régime et des conseils diététiques ont fait céder ces troubles.

Revue récemment avec un recul de deux ans, la malade se porte bien et ne souffre plus.

- soit enfin que l'ignorance de la nature de la tumeur, ou des lésions associées de sclérose ou des phénomènes inflammatoires fassent pratiquer une exérèse large à type de gastrectomie subtotale. Tel fut le cas de notre observation III.

Cette gastrectomie, nous pourrions dire de principe, a été la seule dont les suites immédiates ont été perturbées par des vomissements répétés et longs à disparaître.

Revu récemment ce malade se porte bien, mange de tout, ne suit aucun régime et a engraissé de quelques kilogrammes.

Nous pouvons donc constater que l'exérèse segmentaire reste l'intervention de choix, passant à distance de la lésion, enlevant toute l'épaisseur de la paroi digestive.

Les suites opératoires en sont simples. Les résultats éloignés définitifs.

La nature bénigne des Pancréas accessoires autorise cette exérèse très limitée pour autant que la nature de la tumeur soit suspectee.

Sinon, où si les conditions locales, ou les lésions associées l'imposent, une gastrectomie subtotale sera à conseiller.

Précisons en effet pour terminer qu'un tel problème ne se pose pas pour les localisations intestinales puisque une résection limitée suivie d'anastomose termino terminale immédiate viendra dans tous les cas sanctionner une telle localisation.

C O N C L U S I O N S

Le présent travail est basé sur 8 nouvelles observations de formations hétérotopiques de tissu pancréatique sur le tube digestif.

Malgré la brièveté de cette série, un certain nombre de considérations méritent d'être dégagées :

1°) On retrouve ainsi que dans toutes les statistiques publiées la nette prépondérance de la localisation gastro-duodénale, au voisinage immédiat du pylore (6 cas sur 8); le versant gastrique étant plus fréquemment atteint que le versant duodenal (5 cas sur 6).

Les deux cas restants comportaient une localisation :

- sur un diverticule de Meckel pour l'un d'eux,
- sur la première anse jéjunale pour l'autre.

2°) Les deux localisations intestinales ont été, ainsi qu'il est de règle, des découvertes opératoires : à l'occasion d'une appendicectomie ou d'une laparotomie pour méloena récidivant inexpliqué.

Au contraire dans les formes à localisation gastro-duodenale, la symptomatologie douloureuse pseudo-ulcéreuse, accompagnée dans un cas d'hémorragie et dans deux autres cas de sténose pylorique - comportait des signes radiologiques qu'il est utile de préciser :

- constamment ou presque, a été retrouvée sur plusieurs films d'une même

série, une image lacunaire, de petite taille, arrondie, voisine du pylore évoquant une tumeur bénigne. Une seule fois sur nos 6 observations, cette image difficilement perceptible, n'a été remarquée qu'à postériori après les découvertes opératoires.

- Dans la moitié des cas (3 fois sur 6) on a observé au centre de la lacune, une tache imprégnée de baryte, donnant à l'image l'aspect caractéristique de cocarde qui devrait pouvoir faire porter le diagnostic de pancréas accessoire avec une quasi-certitude.

3°) Cet aspect radiologique si particulier correspond à l'imprégnation par le produit de contraste, d'un pseudo-diverticule de la muqueuse, qui s'enfonce dans la couche musculeuse de la paroi digestive; et qui est entouré par des amas de tissu pancréatique hétérotopique avec des canaux excréteurs venant s'aboucher tout au long de ce récessus muqueux.

5 fois sur nos 8 observations, des coupes en série des pièces opératoires ont permis de retrouver cette disposition anatomique caractéristique.

4°) Au point de vue thérapeutique, la connaissance des signes radiologiques jointe aux constatations opératoires, doivent conduire à une exérèse limitée de la lésion qui suffit à entrainer la guérison constante.

Deux fois cependant une gastrectomie limitée a dû être réalisée :

A - Dans un cas concernant un enfant de deux mois, parce que la tumeur pylorique était impossible à cliver;

B - Dans un autre cas parce qu'il existait un ulcère duodénal associé. Une 3ème gastrectomie limitée a été faite abusivement parce que la tumeur gastrique juxta-pylorique a été confondue - faute de gastrotomie - avec un ulcère.

Vu, le Président de Thèse

Pr. Cl. OLIVIER

Vu, le Doyen de la Faculté

Pr. L. BINET

Vu et permis d'imprimer

Le recteur de l 'Académie de Paris

J. ROCHE

B I B L I O G R A P H I E

I - AIMES A, FRANCHEBOIS P et MARCHAND J.- Pancréas abérrant à localisation gastrique. - Montpellier Chir. 1954 n° 5,275-276

2 - AIMES A, JANBON M, BORIES-AZEAU A et BAUMEL H. - Deux cas d'hétérotopie pancréatiques inhabituelles. Mont. Chir. 1955, n° 7, 69-72

3 - ALBOT — Sem. Hop. Paris, 14.9.50

4 - ALBOT G — Tumeurs bénignes hétérotopiques de la paroi gastrique. Acta gastrol. Entérol. Belg. 1954, n° 12,870-871 (Bibl.)

5 - d'ALLAINES et LAMBLING — Arch. Mal. App. digest. Mai 1945, p.156

6 - ALLEN R.K. et coll. — Tissu pancréatique abérrant dans l'estomac. Gastroentérology, Mai 1952, 21, n° 1,48-53 (Bibl.)

7 - AYACHE — Tumeurs bénignes. Thèse Paris 1950

8 - BARBOSA S.J. de C., DOCKERTY M.B. et WAUGH J.M. - Hétérotopie pancréatique Surg. Gyn. Obst. 1946, 82, 527 (Rapport de 41 cas authentifiés chirurgicalement).

9 - BAUMEL J et GUIBERT H — Considérations ana-path. à propos de 5 cas de pancréas abérrant. Acta Chi. Belg. 1948, suppl. 402/406

10 - BAUMEL J et GUIBERT — Arch. mal. Appa Dig. Janv-Fev. 1949,38, n° 1-2 p.50 - 63, 13 fig.

11 - BATAIL — Hétérotopies épithéliales de la région pylorique. Thèse Paris, 1939, n° 106

12 - BAYLIN G.J. — Aberrant pancréatic tissues as Roengenologic problem. Amer. J. Roengen 53,1945, p.277

13 - BENEDICT — Diag. différentiel des T. bénignes de l'estomac. Gastroentérology, Fev. 1950, p.275, Juin 1955 47, n° 6, p.29/40 (Bibli.)

14 - BENNER W.H. — Morphol. diag. du pancréas abérrant de l'estomas. Surgery, Fev. 1951, 29, n° 2, p.170/18L 7 fig. (BiblL)

15 -BLOMQUIST — Pancréas accessoire. Acta Chir. Scandi. Dec. 1958, n° 116, p.28

16 - BOLOGNESI — La pancréas accessoire. Contribution clinique. Arch. Mal. App. Dig. Tome XXIII, n° 7, p.708/745, 1933

17 - BOOKMAN M.R. — Carcinoma of duodenum originanting from aberrant pancréatic cells. Am. Surg. 95, 1932, p.464

18 - BREHANT J — Pancréas aberrant, un point d'histologie assez particulier. Afrique Franc. Chir. nov. Dec. 1958, .. 14, n° 6, p.444/
Arch. Mal. App. Dig. nov. 1956,45, n° 11, p.391/394

19-BRADLEY R.L. KLEIN M.M. et LEVY F - Pancréas hétérotopique gastrique avec hémorragie. Gastroenterology, Fev. 1956, 30, n° 2 p.297/300

20 - BUSARD J.M. et WALTERS W — Tissu pancréatique hétérotopique
Arch. of Surg. 1950,60, p.674

21 - BURNE J.C. — Hétérotopie gastrique et pancréatique dans un diverticule du colon transverse
J. of Patho. et Bactério. Jan. 1958, 75 p.470/471

22 - BUSSCHER G (de) — Les pancréas aberrants - Acta chir. et gastroenter. Belg. 1948, p.163/165 suppl. I (Bibl.)

23 - CASTRO BARBOSA J (de) et WAUGH M - Tissu pancréatique hétérotopique de signification clinique, dans la paroi gastrique d'un garçon de 6 ans. Proc. Staff. Meet. mayo clin. Jan. 1947, 22 n° 2,25/30

24 - CATTAN , FRUMUSAN P et SCHNITZER N - Sur deux observations d'hétérotopie pancréatique gastro-duodenale. Gaz. Med. France, Nov. 1955, 62, n° 21,p.1483-1487

25 - GAUCHOIX, — Bull. et Mémoires de la Soc. de Chir. 13 juillet 23, p.887

26 - CAVE H.W. — Aberrant pancreatic tissue simulating duodenal alcere, Amr. J. Surg. 1928, 5, p.407

27 - CHAMPEAU — Hemorragie par pancréas aberrant pédiculé intra duodénal.
Mem. Acad. Chirg. 85, 11 fev. 59 p.199/203

28 - CHAPMAN J.L. — Pancréas annulaire accompagné d'un nodule pancréatique aberrant dans le duodenum. Amr. J. Surg. Mai 1943, p.286/288 (B)

29 - CHAPMAN, VOGEL, SHOMAKER Gastro-Entérol. 1947, p.367/374

30 - CHATTON P, MALEKI A et CONSTANTIN L - Traduction radiologique d'un pancréas aberrant du bulbe duodenal. J. Radiol. Electrol. 1949, 30, n° 11 - 12, p.670/671 (Bibl.)

31 - CHENE, SPRIET — Argh. Mal. App. Dig. 1946, p.285

32 - CIMMINO C.V. — Adénomyosis gastrique ou pancréas aberrant. Radiology, Juil. 1955, 65, n° 1 p.73/77 (Bibl.)

33 - COHEN — Accessory pancréas with ulcere of the pylorus. Surg. Gyn. and Obs. mars 1922, p.386/387

36 - COLLETT W.R. — Polype prépylorique dans l'estomac d'un enfant, diagnostiqué histologiquement comme tissu pancréatique aberrant; relation d'un cas et revue de la littérature.
Amm. J. Dis. Child. nov. 1946, 72, n° 5, p.545/551

37 - DANZIS — Pancréatic aberrant tissue in gastro-intestinal tract. Report of 2 cases and review of the littérature.S.G.O. 67, p.520/525, Oct. 1938

38 - DARMAILLACQ et SENTENAC — Pancréas aberrant intragastrique - Arch. mal. App. dig. Juin 1955, 44, n° 6, p.828/829

39 - DE CASTRO TEIXEIRA C, de LACERDA D.L. - Pancréas aberrant dans la paroi du tube digestif : présentation de deux cas - O Hospital, 2 juin 1955,47, n° 6, p.29/40 (Bibl.)

40 - DE LA CRUZ A.G.F. — Pancréas accessoire ou aberrant - Rev. Clin. espag. 30 avril 1952, 45, p.120/122 (Bibl.)

41 - DERBYSHIRE R.C. — Etude des pancréas aberrants. Thèse Graduate School University of Minnesota 1940

42 - DEROCHE P et GERARG G — Aspect radiologique du pancréas aberrant de l'estomac - J. Radiol. Electrol. 1952, 33 n° 5 - 6, p.251-252

43 - DESJACQUES — Pancréas aberrant du pylore - Lyon Chir. nov-Dec. 1951, 46, n° 8, p.995/997

44 - DEVEREAUX R.G. et RIDER J.A.- P.A. de l'estomac associé à un ulcère gastrique. Gastroenterology, Dec.59, 37, p.779/782

45 - DU BOURGUET et BERGE — Pancréas accessoire pylorique - Mem. Acad. Chir. Oct. 1942, 68, n° 24-25, p.330/331

46 - DUFF et FOSTER — Arch. Surgery, Avril 1943,45, p.494

47 - DUPREZ A — Hemorragies digestives aigues et ilots pancréatiques aberrants du duodenum. Acta Chirurg. Belg. Juin 1957, p.690/694, n° 6

48 - ELFVING G — Tissu pancréatique hétérotopique sous la paroi de la vésicule biliaire. Relation d'un cas.
Acta chirurg. scand. 1959, 118, n° 1,p.32/36

49 - ELMAN R et WHEAT M.W. — Pancréas annulaire et pancréas aberrant. Gastroenterology, Fev. 1954,26, n° 2, p.178/180

50 - EVANS S.A. et WEINTRAUB — Tissu pancréatique accessoire dans la paroi gastrique. Am. J. Roentgenol. Janv. 1953, 69 p.22/27

51 - FANTA E — Hypoglykaminebei superazidelat und uckenpankreas. Endocrinologie 1938, 19, p.34/38

52 - FELDMAN M et WEINBERG T — Le pancréas aberrant, cause de syndrome duodenal J.A.M.A. 15 mars 1952, n° II, p.893.898 (Bibl.)

53 - FEROUSI J — Quelques cas de pancréas aberrant. Minerva med. 24 mars 1956, 47, n° 24, p.847/849 (Bibl.)

54 - FILHO P.D. — Présentation d'un cas et revue de la littérature Rev. Brasil. Cir. Aout 1952, 24, n° 2, p.315/326 bibl.

55 - GARIN C et COUDERT — Deux cas de pancréas aberrant avec ulcères gastro-duodenaux - Lyon med. 15 mars 1942, n° II, p. 187/201

56 - GAWARDINE et SHORT — The surgical signifiance of the accessory pancréas Am. of Surg. vol. LVII 1913, p.653

57 - GERLEI, ILLYES — Trois obstructions intestinales par diverticule de Meckel contenant un pancréas accessoire - Zertschrift fur arztliche Fortbildung. Jena Mai 1958 n° 52, p.550/560

58 - GODART J — Un cas de pancréas aberrant dans le 2ème duodenum. Presse Médicale 28 nov. 1959, p.9

59 - GOINARD P et PEGULLO J — Pancréas aberrant intraduodenal - Afrique franc. Chir. nov.-Dec. 1955, 13, n° 6, p.542

60 - GOSSET, LEVY G, BERTRAND Y - Pancréas accessoire. Bull. Soc. Chir. Paris 1923, p.868/876

61 - GRODIDIER J et COXAM B — Abcès de la paroi de l'estomac. Complication d'un ilot pancréatique aberrant - Presse Med. 22 Mai 1957, 65, n° 41, p.983/984 (Bibl).

62 - GRUHN J, BLAKE K et SARACCO - Hétérotopie gastrique (Pancréas aberrant) am. J. Surg. sept. 1960, 100, p.396/400

63 - GUNY A — Un cas de pancréas accessoire à siège duodenal. Mem. Acad. Chir. 13 juillet 1949, 75, p.639/642

64 - GUTMANN R.A. — Synd. douloureux de la région épigastrique. Bibl-des grands syndromes. Doin Edit. 1953.

65 - HIRSCK, BOTHY G, RAYNALD L et MAL R - Les pancréas aberrants de l'estomac et du duodenum. Acta Gastro-entérol. Belg. Dec. 1953 16, p.778/790 (Bibl.)

66 - HOELZER H - Sur l'occlusion de la papille de Vater par pancréas supplémentaire (Neben-pancréas) - Zbl. Chir. 1940 n° 37, p.1715/1717

67 - HOLMAN E et WOOD D.A. - Unusual case of hyperinsulinism and hypoglycemia. Arch. Surg. 47, p.165, aout 1943

68 - HORGAN E.J. - Tissu pancréatique accessoire. Rapport de deux cas. Arch. Surg. 1921, 2, p.521

69 - HOWARD J.M. et MOSS N.H. - Revue complète : hyperinsulinisme et tumeurs des ilots de Langerhans du pancréas. Rapports de 399 cas de T. Internat. Abst. Surg. in S.G.O., 90, p. 417, 1950

70 - JACOBS L.G. et RICHMOND T.E., TUCKER J. - Tissu pancréatique aberrant Calif. Med., sept. 1951, 75, n° 3, p.221/223

71 - JADOT R - Pancréas accessoire à localisation gastroduodenale Mem. Ass. Etr. Paris, 1954, n° 57, 43 p.

72 - JOYEUX R, GUIBERT H.L. et GUERRIER - Les pancréas aberrants gastroduodenaux J. Chir. 1947, 63, n° 6, p.261/278

73 - KEELY HALE - A study of the accessory pancréas with report of one causing congenital pyloric stenosis. Annals. of Surgery. Vol LXXXIII, 1926,n° 6, p.774

74 - KEISER D - Pancréas accessoire sous forme de tumeurs gastriques bénignes. Chirurg. av. 1948, 19, n°4 , p.154/156 (Bibl.)

75 - KJELMAN L - Pancréas aberrant - Acta Radiol. sept. 1950, 34, n° 3; p.225/234 (Bibl.)

76 - KJELMAN L - De nouveaux cas de pancréas aberrants (résumé franc.) Acta radiol. aout 1951, n° 2,36, p.89/96 (Bibl.)

77 - KLOB - Pancréas anomalien. Zeils, J. Geselschaft des Aerste 1859, T. XV, n° 50

78 - KOLFAYON B - Duodenitis with diverticulum and ectopic pancréatic tissue J.A.M.A. 42, p.228, aout 1946

79 - KREMER - Pancréas accessoires. Arch. de Med. Expérim. et d'Ana-Path. p.595, vol XXV, 1913

80 - KRIEG E.G. - Tissu pancréatique hétérotopique produisant une obstruction du pylore. Am. Surg. mars 1941, 113 n° 3, p.364/370

81 - LAFRAMBOISE J.B.E. Un cas de pancréas hétérotopique. Union Med. Canada av. 1952,82, p.388/391, n° 4

82 - LARSON T Tumeurs bénignes du point de vue radiologique. J. Amer. Med. Ass. 30 Juil. 123, 1927

83 - LEODELTER I Pancréas aberrant dans l'estomac. Gastroenterology Aout 1953, 24, n° 4, p.569/572 (Bibl.)

84 - LIOTTA et FERRARIS Rapport de 6 cas. Considérations cliniques sur le pancréas aberrant. Revue Brasil. Gastroenter. mars 1958, n° 10, p.45/56

85 - LITTNER M Tissu pancréatique aberrant dans la première partie du duodenum. Radiology, Nov. 1950, n° 5,55, p. 716/719 (Bibl.)

86 - LITTNER M et KIRSH Tissu pancréatique aberrant dans l'antre gastrique Rapport de 7 cas. Radiology, /vr. 1952,59, p. 201/211

87 - MAJER R.G. Tissu pancréatique aberrant dans la paroi gastrique. J. Int. col. Surg. Juin 1955, 19, n° 6, p. 768/772

88 - MALLET-GUY et MARION P Pancréas aberrant de première portion du duodenum Lyon Chir. 1941 - 42,37, n° 4-5-6, p380/384

89 - MARSHALL S.F. et CURTISS F.M. - Pancréas aberrant dans la paroi de l'estomac. Surg. clin. North Amer. Juin 1952, 32;n° 3, p.867/875

90 - MARTIN-GUICHARD Etude ana-path. des pancréas aberrant dans le tractus digestif. Lyon Med. 20 dec. 1939, p.599/610

91 - MARTINEZ N.S., MORLOCK C.G., DOCKERTY M.B., VAUGH J.M. et WEBER H.M. Tissu pancréatique hétérotopique envahissant l'estomac. Ann. Surg. Janv. 1958, 147, n° 1, p.1/12 (Bibl.)

92 - MAS A Pancréas aberrant : à propos de deux nouveaux cas. Thèse Paris, Juil. 1955, n° 909, 36 p.

93 - MASSOT-BORDENAVE Contribution à l'étude des pancréas aberrants gastro-duodenaux. Thèse Toulouse 1956, n° 36

94 - MOORE A.B. Etude radiologique des tumeurs bénignes de l'estomac. am. J. Roentgenol. Janv. 1924, II, p.61/66

95 - MOORE M.B. et KAPLAN I.W.- Tissu pancréatique hétérotopique dans l'estomac. Am. J. Roentgenol. Dec. 1956,26, n° 6, p.699/705 (Bibl.)

96 - MOUSSELON J et CARRETTE A - Hématémèse grave par pancréas aberrant du pylore - Lyon Chir. sept. 1957,53, n° 5, p.763

97 - MUTSCHMANN P.N. — Tissu pancréatique aberrant dans la paroi de la vésicule biliaire - Am. J. Surg. aout 1946, p.282/283

98 - NELSON R.S. et SCOTT N.M. - Le tissu pancréatique hétérotopique dans l'estomac : caractéristiques gastroscopiques. Gastroenterol. mars 1958, 34, n° 3, p.452/459 (Bibl.)

99 - NEZELOFF Ch — Anomalies et malformations du pancréas - Encycl. Med. chir. traité H.P.P., fasc. 2500 C10 1957

100 - NEZELOFF Ch — Thèse Paris 1951

101 - NORRIS J.C. — Aberrant pancréas in duodenum. South Med. J. 39, p.549, 1946

102 - PAPPI — Pancréas aberrants. Revue complète de la littérature. Arch. ital. del mal. app. digest. 1935 t. IV, p.534/579

103 - PEARSON S — Le pancréas aberrant : revue de la littérature et relation de 3 cas dont l'un détermina une obstruction des canaux pancréatiques. Arch. Surg. aout 1951, 63, n° 2, p.168/184 (Bibl.)

104 - PLAUCHU, FRAYSSE — Arch. mal. app. Dig. 1949, p.479

105 - PLAUCHU, NOEL G et MOURIQUEND - Adénome langerhansien probable à cellules aberrantes dans la paroi gastrique à forme de tumeur bénigne de l'estomac. Lyon Med. 4 fev. 1951 83, n° 5, p.76/77

106 - POGOLOTTI R — Contribution à l'étude du pancréas aberrant Minerva Chir. Juil. 1953,8, p.576/584, n° 13

107 - POLYKOUSKII T.S. — Hétérotopie du tissu pancréatique dans la rate. Arch. de Path. Moscou, 1959, n° 21, p.77/78

108 - PONS H, DAVIDOVITCH P; BRUGUIER et ESPAGNO J - Deux cas de pancréas aberrant de l'estomac. J. Med. Bordeaux, Mars 1956, 133, n° 3 p.296
Arch. mal. App. Dig. Avr. 1956,45,n° 4, p.438/445 (Bibl.)

109 - PRESENT A.J. — Aberrant pancréas - Am. J; Radiol. 1946, vol.56 n° 1, p.55

110 - TIPSTEIN C — Invagination due à du tissu pancréatique aberrant Surg. Janv. 1949, 25, n° 1, p.76/77 (Bibl.)

111 - RIVES et PLANE — Deux nouveaux cas de pancréas aberrant - Afr. Franc-Chir. Juil-Aout 1958, 16, n° 4, p.328/330

112 - ROACH et POPPEL — Démonstration d'un pancréas aberrant. Am. J. Radiol. Nov. 1946

113 - ROGET, BEAUDOING, BERNARD et CARETTE - Deux cas d'occlusion intestinale chez l'enfant par pancréas aberrant de la région iléon-caecale. Soc. Franc. Pediatrie, 14, p.634 677, Fev. 1959

114 - ROONEY D.R. — Le tissu pancréatique aberrant de l'estomac. Radiology 1959, 73, n° 2, p.241-244 (Bibl.)

115 - SAUPE G — Polype gastrique provoqué par un pancréas aberrant . Med. Klin. 24 mars 1959, 35, n° 12, p.384/385

116 - SCAGLIOSI — Virchow's archiv. Vol 14, 1913, p.220

117 SCHNITZER N — Les hétérotopies pancréatiques gastro-duodenales Mem. Ass. Etr. 13 janv. 1955, n° 16,68 p.

118 - SIMARD et MENARD — Ectopie pancréatique dans la paroi gastrique et duodenale. Laval Medical (Quebec) 28, p.39 41, Juin 1959

119 - STRELINGER A — Tissu pancréatique ectopique dans la paroi gastrique présentant une symptomatologie rare. Gastroenterol. sep. 1957, 33, n° 3, p.493/498 (Bibl.)

120 TAVERNIER M — Diverticule de Meckel avec pancréas accessoire volumineux - Lyon Chir. Janv- Fev. 1939,35, p.67 68,n° 1

121 -UGELLI — Volumineux pancréas accessoire dans la paroi d'un diverticule duodenal - Policlinico (Sez. Prat.) 43, p.1106, 1936

122 - VIDGOFF I.J. — Hémorragie massive due à un tissu pancréatique aberrant dans le cardia. Am. J. Surg. Mars 1957, 93, n° 3, p.423/426 (Bibl.)

123 - WAGNER M — Signification clinique du pancréas hétérotopique dans la paroi de l'estomac - Arch. Surg. Juin 1952, 64, n° 6, p.840/846

124 - WAUGH T.R. et HARDING E.W. - tissu pancréatique hétérotopique de la région pylorique, Gastroentérology, 6, p.17, 1946

125 - WHEELOOK M.C. et ATKINSON - Tissu pancréatique aberrant dans la paroi gastrique - Gastroenterol. dec. 1949, 13, n° 6, p.594 596

126 - WERTHEIMER — Pancréas aberrant et gastrorragies - Soc. Nat. de Chir. 1933, p.243

127 - WILLIAM, BENNEL H; HINES M - Surg. (St Louis); 29, p.170/181
Fev. 1951

128 - ZANOTTI M — Contribution à la connaissance du pancréas aberrant.
Bull. Scienza Med. di Bologna T. CIV p.19, 1932

AGEMP
POLYCOPIE
8, rue Dante
PARIS-V•
Téléphone : ODÉon 58-90